FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 22 DE OUTUBRO DE 1910

PARA SER DEFENDIDA POR

Adriano Vaz Porto

NATURAL DO ESTADO DE S. PAULO

Filho legitimo de Antonio Vaz Porto
e D. Bertha Wilke Vaz Porto

AFIM DE OBTER O GRÁU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

Da Extirpação do Sacco Lacrymal

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA
Escola Typ. Salesiana
1910

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — DR. AUGUSTO C. VIANNA

VICE-DIRECTOR — DR. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

Lentes Cathedraticos

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
1.ª SECÇÃO	
J. Carneiro de de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
4.ª SECÇÃO	
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
5.ª SECÇÃO	
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.
Fortunato Augusto da S. Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
6.ª SECÇÃO	
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
João Americo Garcez Fróes	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica 1.ª cadeira.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica 2.ª cadeira.
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica Pharmacologia e Arte de formular.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
11.ª SECÇÃO	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clin. dermatologica e syhiligraphica
12.ª SECÇÃO	
Luiz Pinto de Carvalho	Clin. psychiatrica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

Substitutos

OS DOUTORES	
José Affonso de Carvalho	1.ª Secção
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão	2.ª »
Julio Sergio Palma	2.ª »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »
Oscar Freire de Carvalho	4.ª »
Caio O. F. Moura	5.ª »
Clementino Fraga	6.a »
Pedro da Luz Carrascosa e José Julio de Calasans	7.a »
J. Adeodato de Souza	8.a »
Alfredo Ferreira de Magalhães	9.a »
Clodoaldo de Andrade	10.a »
Albino A. de Silva Leitão	11.a »
Mario de Leal	12.a »

SECRETARIO — DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — DR. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não aprova nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

THESE

CAPITULO I

CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE O TRATAMENTO DAS AFFECÇÕES LACRYMAES

Sem o estudo anatomo-pathologico das affecções lacrymaes, pouco nos poderá fornecer de gravidade a symptomatologia clinica das mesmas.

Quando a perturbação limita-se a uma simples lacrymação, ninguem poderá suppôr pelos dados clinicos que as alterações já se acham bem adiantadas e bem graves; pois neste caso já existe uma inflammação diffusa das vias lacrymaes, indo dos canaliculos á emboccadura nasal. O estreitamento do canal que habitualmente se verifica em semelhantes casos é que por antiga opinião foi localisado na extremidade superior do canal nasal, como resultante de um processo circumscripto, e contra o qual os therapeutas se previnem com a sondagem,não é senão uma illusão de nossos sentidos. O estreitamento é dado pela tumefacção da mucosa, e neste ponto naturalmente é mais estreito, portanto muito mais apreciavel.

Se a sondagem feita nestas condições satisfaz ao medico e ao paciente, esta satisfacção é frequentemente obtida á preço de abrazão epithelial que torna mais intenso o processo inflammatorio. A sondagem, como meio de diagnostico e de cura nos casos incipientes, póde ser utilisada; porém não é a epiphora que devemos combater, e sim a causa determinante—a inflammação. A injecção de adrenalina é um meio mais facil e menos perigoso, que a sondagem, para obter a permeabilidade do canal, e abrir passagem ás successivas injecções de liquidos antisepticos. A cura da rhinite, quando ella existe, é feita especialmente com desinfecção local do meato inferior. A prévia cocainisação e adrenalinisação da mucosa coadjuvam poderosamente a cura. Quando a molestia chega á manifestar-se, como dacryocystite com secreção regurgitante pelos canaliculos lacrymaes, mas sem tumor lacrymal, é ainda a therapia antiphlogistica que se appresenta mais racional, e mais conforme as condições anatomo-pathologicas. Todavia esta póde ser insufficiente, se já existem vegetações polypoides no canal, especialmente no estreito superior. Ao lado da commum therapia da sondagem e da dilatação, apresentam-se outros methodos mais radicaes da *curettagem* sustentada por *Tartuferi*, e o methodo do *chiodino* ou *prego de permanencia*, sustentado por *Cirincione*. Um novo horizonte delinea-se no campo da anatomia-pathologica, com os trabalhos do *prof. Tartuferi*, cujas bellissimas pesquizas vieram demonstrar maiores alterações no canal nasal, do que no sacco, trazendo como tratamento racional a *curettagem*.

Este processo não encontrou entretanto na pratica

maior acolhimento, que os outros radicaes conservativos já existentes, como era de esperar-se.

O *prof. Guaita* não se affastou tambem do proprio methodo, que é uma combinação da curettagem do sacco, com incisão cutanea e drenagem dos productos pathologicos e das lagrymas, mediante uma canula de osso descalcificado introduzida no canal nasal, préviamente dilatado com a stricturotomia e curettagem.

Obtem-se assim uma cura rapida *per-primam*, e *duradoura* em todos os casos de dacryocystite chronica com estagnação de liquido no sacco. Todos estes processos, tanto o do *Tartuferi* e *Cirincione*, como o de *Guaita* representam uma cura palliativa como o methodo *Bowman*. E' bom observar a este proposito, que, comparar os differentes methodos, tomando-os, como applicações systematicas em todos os casos e em todas as phases da molestia, seria erroneo, dada a diversidade dos typos clinicos, e das condições anatomo-pathologicas.

De facto, se praticarmos a curettagem, onde nada tem que curettar, e fizermos stricturotomia onde não existe estreitamento cicatricial, é evidente que fazemos therapia empirica. Quanto á curettagem, ella não pode levar a molestia á cura radical, porque a hyperplasia da mucosa reproduz-se com certa facilidade, se não combatermos a causa determinante. Poderiamos então considerar a curettagem, como meio auxiliar do methodo de sondagem para abreviar a cura.

Estes methodos têm pois todos os inconvenientes, especialmente, os relativos aos traumatismos e á facil obliteração consecutiva da porção commum dos canaliculos.

O emprego do methodo *Cirincione* por meio do *chiodino*, corresponde segundo o auctor á outras tantas vantagens, isto é, vence a affecção inflammatoria mediante injecções, favorece a conducção das lagrymas e da secreção, vence a atresia e permitte a regeneração do epithelio, impedindo a circular retracção do tecido connectivo sub-mucoso do canal.

Abstrahindo a difficuldade technica deste methodo relativa á escolha do *prego* que deve variar de comprimento e diametro conforme os casos, a collocação exacta do *preguinho* (chiodino) restabelece parcialmente a conducção das lagrymas e modifica depois de um certo tempo a secreção, e tem segundo o auctor ainda a vantagem de evitar repetidas sondagens. Existem casos de tão absoluta e invencivel atresia do ducto lacrymal, maxime da porção infra-ossea, para os quaes cada processo operatorio conservativo, seja a *curettagem* ou *stricturotomia*, ou *sonda de permanencia*, são inefficazes. O resultado do methodo *Tartuferi* está subordinado ás alterações do canal. O *catheterismo* um dos dous meios de exploração que possuimos, e tambem a *curettagem* do canal naso-lacrymal podem ser infructiferos.

Taes casos são evidentemente os de obliteração da luz do canal transformado em um cordão compacto fibroso de cicatriz, sobre uma extensão maior ou menor. Nestes casos *Cirincione*, não abandonando ainda o methodo conservativo do *chiodino*, considera a extirpação *in-totum* do ducto lacrymal, sacco e canal, como processo de escolha, recorrendo ao *galvano-cauterio* para destruir qualquer traço de mucosa deixada. Este methodo operatorio não apresenta dif-

ficuldades, mas requer uma optima execução para ter bom resultado e uma cura *per-primam* da ferida. Em taes casos de tecidos cicatriciaes compactos, o *prego de permanencia* não pode absolutamente dar lugar á uma cura rapida e radical.

De facto, se a mucosa não tem mais epithelio, que desappareceu por atrophia, transformando-se em um connectivo scleroso, não poderemos comprehender de que modo se possa reconstituir e manter um canal artificial, o que é contra toda doutrina de pathologia geral.

Tanto é verdade, que *Cirincione* deixando *in-locum* o *prego de permanencia* por alguns annos sem retiral-o, mas logo que o fez, a obliteração se restabeleceu. Que um doente supporta uma sonda ou uma canula por um certo tempo é sabido. *De Wecker* viu um doente supportar a sonda por 8 annos e uma mulher durante 34 annos, dos quaes 15 sem inconvenientes. *De Wecker*, porém, considera esse tratamento grosseiro, porque falta absolutamente ao seu fim. Fazemos uma excepção para o uso transitorio da *canula de permanencia*, porque realmente nas fistulas lacrymaes, ella dará tempo, canalisando as lagrymas, a que a ferida cutanea cruenta da secicatrize. Comprehendemos até um certo ponto o uso da *sonda de permanencia* no grupo das atresias parciaes, circumscriptas ao segmento inferior do canal, como se comprehenderia a stricturotomia nos casos de obliteração do canal no estreito superior com permeabilidade da luz abaixo do ponto obliterado, porque estamos deante de alterações limitadas e não ha um total desapparecimento do epithelio.

Comprehendemos isto, porque a sondagem intermittente perturba a regeneração do epithelio. Estamos de accôrdo com aquelles que consideram a sondagem como causa de mais densas e numerosas cicatrizes de tempos mais ou menos diversos; estamos tambem de accôrdo em que a presença do *prego de permanencia* por tão longo tempo não seja prejudicial ao mesmo epithelio. *Tartuferi* diz que não devemos discutir mais depois que *Hertel* demonstrou as graves lesões que as *sondas de permanencia* podem provocar. *Monesi* nos mostra que a presença de uma pequena canula de vidro, introduzida como experiencia no canal nasal de um coelho são determina um processo inflammatorio chronico, e a sua acção é variavel e inconstante no modificar da luz.

Os methodos que consistem em curettar o sacco e o canal, respeitando os canaliculos, mediante uma abertura no sacco têm inconvenientes que esta abertura difficilmente se reune sob a cicatriz cutanea, o mesmo inconveniente tem o *methodo Guaita*

Todos estes methodos não têm pois, nenhuma probabilidade de exito se já existe uma stenose cicatricial no canal, porque, como já dissemos, um restabelecimento da permeabilidade, quando não existe mais mucosa, contitue uma impossibilidade anatomica.

Moauro e *Cirincione* apresentaram trabalhos sobre alterações trachomatosas das vias lacrymaes, trazenda enorme contribuição para o estudo das affecções lacrymaes.

Cirincione estudou sobre peças anatomicas as dacryocystites dos *recem-nascidos*, esclarecendo melhor o factor etiologico dellas. Elle demonstrou a imper-

furação da extremidade inferior do canal nasal ou seja a persistencia da bolsa ou vesicula membranosa terminal—« *Endblase de Bochdaleck* », que ás vezes torna-se aberta após o nascimento, ou então basta uma simples incisão para estabelecer o curso das lagrymas.

Resulta então destes dados, que em casos de intervenção, é melhor esperar, tanto mais, quando a actividade secretoria glandular não está ainda bem estabelecida nos recem-nascidos, que gritam e não choram, segundo *Panas;* ou então lançaremos mão do outro preceito: intervenção sómente nos casos de estagnação purulenta no sacco.

Cirincione ainda fez estudos sobre o *trachoma* dos canaliculos, sua invasão aos ductos lacrymaes, obstrucção completa da luz do canal e atrophia da mucósa, que se transforma em um cordão fibroso compacto, e para taes casos adoptava a *stricturotomia* e *prego* de *permanencia de Scarpa*, em vez da dilatação *gradual* ou *forçada*. Porém mais tarde passou elle a utilisar-se do processo da extirpação *in-totum* como já acima mencionamos.

Segundo *Schmidt-Rimpler*, as *escarificações* do sacco e do canal nasal, com successivas sondagens e injecções: nada tem que vêr com a *curettagem*, como parece á alguns auctores, entram porém mais no dominio da *stricturotomia*, incisando-se verdadeiras membranas que detêm a secreção espessada. As pesquizas anatomo-pathologicas de *Tartuferi* foram continuadas por *Basso* de Genova que, de accôrdo com os seus trabalhos, reconhece que as alterações mais

graves residem no canal e que a *curettagem* feita ao obscuro não pode dar resultado, senão em parte, e propôz o seu methodo *non plus ultra* do radicalismo -*extirpação in-totum do ducto lacrymal*, o qual não differe do de *Cirincione*, senão na technica.

Basso trouxe uma grande contribuição aos estudos das affecções lacrymaes pelo estudo das alterações anatomo-pathologicas dos mais variados typos de dacryocystite. Conclue que os casos clinicos curaveis com meios conservativos, segundo o criterio vigente na pratica oculistica seriam extremamente raros, e que as alterações das vias lacrymaes são sempre mais graves que a *semiotica* poderia suppôr á primeira vista. Em qualquer caso elle applica a extirpação *in-totum*, até em simples lacrymação, não rejeita entretanto as injecções medicamentosas, porém repudia qualquer tentativa de sondagem, preferindo como meio mais facil e menos perigoso, a injecção preliminar de adrenalina, para obter a permeabilidade da luz do canal e para tornar possiveis as successivas lavagens antisepticas.

Considera como palliativos: a *curettagem* tanto de *Guaita*, como de *Tartuferi*, e o *prego de permanencia de Cirincione*.

Estabeceu uma relação entre as dacryocystites e as molestias conjunctivaes de um lado, e as nasaes de outro. Contrariamente a opinião commum elle liga muitas affecções chronicas das vias lacrymaes ao trachoma. Para elle o *folliculo lymphatico* e o *nodulo trachomatoso* são gráus differentes de uma mesma forma, elle não os explica, e espera a confirmação

de outros anatomo-pathologistas. Segundo *Del Monte*, a *excisão da parede anterior do sacco*, nos casos de dacryocystite com tumor do sacco lacrymal é a operação preferida, qualquer que fosse a qualidadade da secreção morbida que se produzisse. Porque a *excisão* além de fornecer as primeiras pesquizas parciaes para o estudo anatomo-pathologico da mucosa do sacco, permittia tambem explorar a mucosa existente do mesmo e o estado do canal nasal, e servia para restringir o proprio sacco e modificar com cauterisações apropriadas a mucosa da porção infra-ossea do ducto.

Excepto na ectasia do sacco associada ao estreitamento cicatricial do canal, a operação era sempre favoravel, com a condição de se fazer a ferida cicatrizar do fundo á peripheria, e não da superficie cutanea, porque á occurrencia se cruentava de novo.

Outros, como De *Wecker*, abstêm-se sempre de usar na primeira vez em caso de *mucocèle* ou de *empyema* do sacco, de qualquer instrumento cortante sobre a parede externa do sacco, mas procuram em primeiro lugar libertar *ab-interno* o ligamento palpebral pelo canaliculo superior, incisando até á caruncula,. facilitando deste modo não só as injecções e irrigaçõos medicamentosas, feitas com o fim de modificar a mucosa, como tambem o *esvasiamento* e a frequente *massagem* do sacco.

Um outro methodo de cura radical conservativa foi proposto recentemente pelo *Dr. Toti*, pór meio de uma operação denominada-*dacryocystorhinostomia*. Este methodo consiste em abrir uma via de communicação entre o sacco lacrymal e o meato médio, por

meio da destruição do diaphragma osseo interposto entre o sacco lacrymal e a mucosa nasal, pondo assim em communicação as duas cavidades, mediante extirpação de um retalho das duas paredes membranosas.

A *dacryocystorhinostomia* lisongêa-se de estabelecer com este methodo, não só uma via de escoamento aos productos pathologicos do sacco, mas tambem uma via permanente de defluxo das lagrymas no nariz.

Este processo requer uma demolição importante de osso e uma technica complicada, podendo-se duvidar *á priori* de que o processo de cicatrisação das paredes cruentadas se faça de um modo tão regular e possa manter a communicação, e não tenda, ao contrario, á final retracção do sacco.

Este resultado ainda seria uma cura, mas não vemos utilidade em obtel-a com uma operação tão pesquizadora.

Outros processos operatorios têm sido propostos, porém sem grandes vantagens.

Entre elles mencionaremos o de *Passow* e o de *Strazza* relativos á um methodo de cura endo-nasal.

Passow propõe abrir uma passagem ás lagrymas e aos productos inflammatorios do sacco, destruindo o cartucho inferior, tanto de um pequeno retalho do maxillar superior como do unguis, pondo assim á descoberto o canal até ao sacco, e então por meio de um bistouri introduzido no canal fende este até ao sacco.

Strazza popôz um methodo quasi identico, mas executado com technica e instrumentos differentes.

A cura não é completa, apresenta um melhoramento

transitorio e a extraordinaria actividade reparadora na mucosa nasal traz com grande rapidez uma occlusão destas vias artificialmente abertas.

O *processo de Saint—Yves* da perfuração do seio maxillar, com o fim de produzir um novo canal ao lado do antigo obliterado, é absurdo, dado o desapparecimento completo da mucosa e transformação do canal em um cordão de tecido scleroso compacto. Ficamos perplexo deante de um tão grande numero de processos, não saberemos que processo operatorio empregar; se aconselhar a simples *massagem* feita pelo proprio doente combinada á *inspiração* forçada, como ensina o *Grandclément* de Lyon, que consegue assim a cura de qualquer affecção das vias lacrymaes, ou se recorrer a *extirpação in-totum* do conducto lacrymal, tanto da porção extra-ossea *(sacco)* como da intra-ossea *(canal)*, como ensina o *prof. Basso.*

Eis o grande embaraço que surge aos oculistas no tratamento á seguir. Além disso este embaraço torna-se ainda maior, porque não existem duas escolas, nem tão pouco dous auctores que sigam a mesma norma.

Uns incisam o canaliculo lacrymal *inferior* em todo o seu comprimento, seguindo o preceito de *Bowman*, outros fendem, ao contrario, o *superior* em todo seu comprimento ou em parte, outros ainda, como *Otto Becker*, aconselham dilatar sómente o ponto lacrymal. Para uns a aspiração das lagrymas não seria impedida com a transformação do canaliculo *inferior* em uma gotteira, o mais importante no mechanismo funccional porque assegura o defluxo do liquido durante

o dia, estando o corpo em posição erecta; para outros, é o *inferior* menos importante, porque actúa de preferencia no decubitus dorsal durante a noite e por este motivo sacrificam de preferencia ao outro. Os conservadores tendo presente a extrema delicadeza do apparelho lacrymal excretor, prescrevem não alteral-o.

Estes tubos capillares, cujo mechanismo funccional está intimamente ligado á integridade das fibras contracteis do musculo de *Horner* que para elles se dirigem, fazem a aspiração das lagrymas, segundo a theoria de *Hencke* a melhor acceita até hoje. Emfim deante desta divergencia entre os auctores em que preceitos irão se inspirar os oculistas, nos differentes casos que se apresentam na pratica, quer hospitalar, quer privada?

E' necessario uma bôa orientação na escolha do tratamento, por causa da intrincada serie de methodos, e processos operatorios, dos quaes póde-se dizer que cada professor de clinica prefere o seu e não renuncia os seus inconvenientes. A razão do desaccôrdo que reina entre os mestres, consiste no facto da cura da dacryocystite apoiar-se exclusivamente sobre dados empiricos, por falta de pesquizas anatomo-pathologicas de segmentos de saccos extirpados. A conducta dos oculistas deve se inspirar na maxima prudencia e moderação, guiada pela mais completa pesquiza systematica, não se afastando dos antigos conceitos fundamentaes, reconfirmados por observadores modernos como De *Wecker*, *Panas*, *Tartuferi*, *Guaita*, *Fuchs*, *etc.*, como sejam:

1º—restituir a permeabilidade das vias lacrymaes e impedir a estagnação dos liquidos no sacco;

2º—combater a secreção e modificar as condições pathologicas da mucosa;

3º—restituir, quanto é possivel a estas vias e especialmente ao sacco, a primitiva configuração.

Recommendamos a maxima prudencia no emprego dos methodos conservativos.

Existem dous meios de *explorar* o gráu de permeabilidade do ducto lacrymal, a *injecção* de *agua esterilisada* pelos pontos lacrymaes, com a syringa *de Anel* ou com um dos apparelhos que a substituem por exemplo o *dacryoclisma*, e a *sondagem* ou *catheterismo*.

Alguns auctores preferem a injecção de uma substancia *corante*, como o *azul de methyleno* ou a *fluoresceina*, cuja passagem no nariz revelará a permeabilidade do ducto lacrymal. Em falta de um meio radioscopico de novo genero permittindo vêr por transparencia o estado pathologico da mucosa do sacco, *Addario* apresenta um terceiro meio por *incisão explorativa* do sacco lacrymal, inspeccionando directamente a mucosa para acertar *de visu* as condições da mucosa do sacco, explorar melhor o canal e em caso de necessidade actuar sobre elle, fazendo a escolha do methodo curativo, cuja modalidade mais commum consiste nas successivas medicações á ceu aberto. Diz elle que uma incisão que abre um pequeno orificio com o fim diagnostico e curativo não prejudica o principio conservativo.

Achamos que este processo explorativo não póde chegar á um resultado satisfactorio.

Os meios de exame são pois limitados, porém sufficientes para a escolha do methodo de cura á instituir; escolha esta deixada ao criterio e senso clinico do oculista.

No facto da therapia das dacryocystites não podemos, e nem devemos ser exclusivistas; cada methodo tem as suas indicações especiaes e, applicado ao caso, com a technica e competencia necessarias podem elles dar resultados excellentes, com maior probabilidade de restabelecer a integridade funccional do sacco e do canal, sem descuidar das affecções nasaes que eventualmente se encontram.

Alguns aconselham o uso hypodermico do soro anti-streptococcico de *Marmorek*, na pericystite lacrymal aguda de forma phlegmonosa, para vêr retroceder assim o impressionante e ameaçador syndroma local e geral phlogistico, esperando-se um melhor momento para agir sobre a affecção chronica originaria.

Não se tendo o soro e impondo-se a necessidade de favorecer a fusão do cellular sub-cutaneo pericystico, convem recorrer ás compressas quentes-humidas, ou geladas segundo outros, de sublimado. Nos casos, porém, em que a collecção se manifesta decisivamente sobre a parede anterior do sacco e ameaça diffundir-se pela parede posterior ao cellular da orbita, não devemos hesitar em dar larga sahida ao pús, para então proceder em seguida á outros tratamentos. Quanto á fistula lacrymal *ægilops* dos antigos, podendo persistir por mezes e annos, sendo a mais rebelde, porém felizmente mais rara, a *fistula capillar*, que não se fecha por si. Nesse ponto apparece uma pequena gotta de lagryma, que com o piscar dos olhos vae

pouco e pouco augmentando. O caso, praticamente demonstrativo pela exactidão da theoria de *Hencke*, fazendo do movimento palpebral o factor activo do admiravel engenho aspirador das lagrymas, cura-se com a canuleta de permanencia de *Mazza*, podendo-se substituil-a pela de *Bickerton* a titulo de experiencia, ambas bem supportadas, curando-se com incisão do breve trajecto, cauterisação ignea e medicação á ceu aberto. Este processo é aconselhado em todos os outros generos de fistula, incisão da parede anterior, descoberta do trajecto fistuloso que é destruido ou com excisão seguida de sutura ou com thermocauterio.

A *sondagem* das vias lacrymaes foi elevada a methodo por *Bowman*, trazendo um progresso real á oculistica, mas diremos que é pratica irracional seguil-a exclusivamente, se não modificarmos de certo modo a mucosa, cujas alterações phlogisticas unidas á secreção morbida mais ou menos densa são causas de obstrucção.

A *sondagem* constitue um dos actos mais delicados e difficeis da technica oculistica, applicada por inexperientes, póde dar lugar á falsos caminhos, concorrendo para augmentar as condições morbidas preexistentes, porém, por isto não devemos abandonal-a. Basta a existencia do muco-pús para occasionar obstaculo aos liquidos atravez do canal nasal, uma simples turgencia da mucosa para impedir a introducção da sonda, emfim uma simples modificação nas vias constitue um grande embaraço na sondagem. A pratica nos ensina entretanto que não devemos fazer uma só tentativa, e sim devemos sondar muitos dias, até que a obstruc-

ção seja vencida docemente e não com meios brutaes e violentos. Primeiramente devemos evacuar os productos pathologicos que obstrúem as vias, e depois agir sobre a mucosa com meios apropriados, topicos, antisepticos, adstringentes, etc.

A adrenalina facilita a exploração technica, pela sua acção ischemiante sobre a mucosa, tornando mais permeavel o canal ao catheterismo como tambem ás injecções modificadoras. Alguns praticavam o *catheterismo retrogrado* de *Laforest,* que além de ser complicado, está longe de dar uma cura radical e completa.

A *sondagem* póde produzir *deformidade* e *estreitamento* obliterante dos canaliculos e *falsos caminhos* no canal nasal. A facilidade com que se oblitera a communicação entre os canaliculos e o sacco depende das condições anatomicas e anatomo-pathologicas bastante descuidadas na pratica commum.

Alem da falta de uniformidade na direcção dos canaliculos e da presença de pontos estreitos, que facilitam a desepithelisação, precisamos tomar em consideração a facil vulnerabilidade da porção commum dos canaliculos, que é revestida de um delicado epithelio cylindrico analogo ao do sacco, ao contrario da porção palpebral dos canaliculos, revestida de um resistente epithelio pavimentoso e a porção commum atravessa a capsula fibrosa que reveste o sacco e neste espaço fixo da parede canalicular esbarram as sondas, quando o canaliculo não estiver convenientemente distendido. Os traumatismos são facilimos e por assim dizer habituaes nesta porção. Um outro factor que torna ainda mais damnosos os

traumatismos neste ponto, é a inflammação da parede, que existe em qualquer dacryocystite, se bem que não appareça como nos casos incipientes.

Dadas estas condições é facil comprehender como uma desepithelisação da parede canalicular possa determinar a transformação de uma simples infiltração em um processo hyperplastico e endurecido. E' frequentissima a obliteração canalicular e especialmente da porção commum em individuos curados pelo catheterismo. Os falsos caminhos do canal nasal são de duas especies: *completos* e *incompletos*.

Diremos *completos* quando a sonda passa directamente do sacco no canal osseo, perfurando a parede do sacco ao lado do orificio estreito ou obliterado. *Incompletos* nos casos em que a sonda penetra na parede do canal, mas fóra da luz. Clinicamente estas duas especies de falsos caminhos podem ser conhecidas por certos signaes. No primeiro caso a sonda depois de ter encontrado uma grande resistencia, entra immediatamente em um espaço onde temos a sensação do osso descoberto. No segundo caso encontramos uma resistencia continua em todo o seu percurso. *A rhinorrhagia* é um dos symptomas mais constantes se o falso caminho chega no meato inferior. Os falsos caminhos da primeira especie se produzem ordinariamente quando o canal está não sómente obliterado, mas tambem diminuido no seu diametro transversal e o sacco tambem augmentado, de modo que o eixo vertical da cavidade cahe ao lado externo do canal membranoso estreitado e a sonda não percorre a direcção, cahindo fóra do canal membranoso.

Excepcionalmente a sonda póde desviar ao lado

interno ou nasal, perfurando o unguis e a mucosa nasal sobre o cartucho inferior, no meato medio.

Este falso caminho é frequente nos velhos e é facilitado pelas condições particulares do osso, que por atrophia perde as suas connexões periostaes com o maxillar e facilmente se desloca sob a pressão da sonda.

A segunda especie de falsos caminhos é a mais commum e encontramos frequentemente traços, nos canaes extirpados, em forma de tunnel revestido de pequenas cellulas.

A irrigação *continua* e *prolongada* tem sua utilidade mediante um *dacryoclisma* e *sonda cava* de *De Wecker*, como methodo combinado de *Anel* e *Bowman*, que corresponde ás vezes com successo tambem nos casos de dacryocystite com discreto tumor lacrymal.

Neustätter propôz o seu methodo *non pus ultra* da conservação dos canaliculos, consistindo em não introduzir a canuleta *Aneliana* no canaliculo e sim applicar a sua extremidade sobre o ponto lacrymal, e deste modo introduzindo o liquido na via á explorar.

O methodo combinado da sondagem e das irrigações continuas medicamentosas constitue pois um meio therapeutico ao alcance de todos os oculistas, tanto mais excellente, se coadjuvado com frequentes massagens do sacco, em casos de moderada ectasia.

Um outro processo de tratamento das vias lacrymaes é a *electrolyse*, antigamente denominada-*galvano-caustica-chimica-alcalina* como a chamava *Ciniselli*.

Serio desaccôrdo reina entre os mestres quanto á prioridade deste processo, uns attribuem a primasia

á *Tripier*, outros porém a *Ciniselli*. Este methodo foi primeiramente utilisado por *Gorecki*, mas sua technica imperfeita e instrumental ainda mais defeituoso fizeram com que elle cahisse em abandono e descredito. Sómente com *Lagrange* elle chegou á ter um certo acolhimento dentre os processos indicados no tratamento de taes affecções. Segundo documentos de alguns professores a *electrolyse* tem dado bons resultados não só em epiphora primitiva como tambem em dacryocystites com tumor lacrymal e até havendo complicação de fistula.

Produz uma dilatação do canal sem grandes incommodos para o paciente, dilatação esta mais estavel, regularisando a luz e modificando a mucosa e ainda tendo um poder bactericida. *Omboni* patrocinava a cura do *trachoma* mediante a *electrolyse*, pois bem se na verdade a infecção trachomatosa toma tanta parte na pathogenese das dacryocystites, a *electrolyse* curando o *trachoma* segundo *Omboni*, seria o unico meio conservativo que se poderia tentar no tratamento de granulações das vias lacrymaes. Segundo *Ciniselli* a *electrolyse* póde modificar os tecidos sem alteral-os em apparencia e os effeitos chimicos da corrente não se limitam á superficie, mas se aprofundam perdurando por algum tempo, induzindo por leis de polarisação effeitos secundarios beneficos, pelos quaes a destruição dos tecidos pathologicos será effectiva ou radical. Este processo ainda chamado *Lagrange*, não é infallivel, existem obstrucções cicatriciaes, nas quaes tambem a *electrolyse* constitue um palliativo, porque o tecido scleroso tornará á readquirir os seus direitos. Nas stenoses inflammatorias ella é

empregada como methodo de eleição, em que a cura é a regra. Em casos em que a *electrolyse* não póde vencer um estreitamento é signal indicativo de alterações mais graves do ducto lacrymal, donde ella serve de meio diagnostico, quando os dados clinicos são insufficientes para estabelecel-as e então agiremos com um meio mais apropriado.

Quanto ás *substancias medicamentosas* utilizadas com o fim de modificar as condições pathologicas da mucosa naso-lacrymal temos: sulfato de zinco, sulfo-phenato de zinco, sulfato de zinco e cadmio, sulfato de cobre, sulfato aluminico-potassico, sub-acetato de chumbo liquido, permanganato de potassio, cido borico, acido phenico, nitrato de prata e o sublimado, etc.

O *formol* e o *fluorol* á 1°/o deram excellentes resultados para alguns casos, bem como o *ichtyol.*

O *protargol* e outros preparados de prata tem sido usados com certa vantagem.

A' titulo de experiencia tem sido usadas as sondas medicamentosas soluveis de gelatina á 50°/o de medicamento.

Ultimamente appareceu uma outra substancia medicamentosa aconselhada por alguns oculistas, é o *fluorureto de prata*, com o qual obtêm successo.

Estamos finalmente com a cura da dacryocystite em um novo campo scientifico pelos progressos da anatomia-pathologica, que fel-a sahir do empirismo que a dominava. Em materia de dacryocystites recommendamos proceder com a maxima prudencia e cautela no uso de meios extremos, porque muitas vezes obtemos a cura com meios moderados.

O diagnostico exacto influe poderosamente na cura, porque ás vezes numa simples epiphora somos impotentes por falta de signaes que nos guiem na escolha do tratamento, portanto não devemos logo alterar, nem destruir um apparelho tão delicado e importante quanto o é—o *lacrymal excretor.*

Devemos primeiramente fazer um diagnostico o mais exacto possivel, tentar os meios therapeuticos existentes e só faremos a *destruição* quando nos convencermos do insuccesso delles.

Para chegarmos á um diagnostico exacto faremos *in primo-locum* a anamnése proxima e remota do paciente, que nos poderá fornecer dados clinicos importantes sobre o ducto lacrymal e a pathogenese da affecção.

Existem casos de epiphora simples dependentes de defeito visual e não de uma affecção propriamente e primitiva do ducto lacrymal. O exame deve ser o mais completo e methodico possivel, tanto do olho e seus annexos, principalmente da *funcção visual.* Tambem não devemos omittir o exame *rhinoscopico.*

Casos existem de simples epiphora primitiva dependentes de vicios de refracção com *asthenopia*, que se curam com a simples correcção optica.

Casos tambem de dacryocystites dependentes de imperfeições congenitas ou de alterações provenientes da cavidade nasal ou de outras cavidades faciaes limitrophes, que têm a sua cura na *rhinoscopia.*

Examinamos então a funccionabilidade do apparelho lacrymal excretor, pela inspecção da região do sacco, angulo interno do olho, pontos lacrymaes e motilidade do orbicular.

Passamos em seguida á exploração: com sondas previamente esterilizadas á chamma obteremos incontestavel utilidade, certificando se os canaliculos lacrymaes estão permeaveis ou não e apreciar com o toque mediato as condições internas do sacco e da parede ossea.

Depois experimentamos a permeabilidade do canal nasal, primeiramente com injecção de agua esterilizada, com a syringa de Anel ou com outra de mesmo effeito e mais tarde com o estylete de botão.

Alguns oculistas experimentam a permeabilidade do canal nasal por meio de injecção de uma substancia corante, como o *azul de methyleno* ou a *fluoresceina*, que atravessando o nariz revelará a permeabilidade.

Esta exploração technica deve ser feita com a maxima prudencia, attenção e delicadeza para evitar traumatismos e falsos caminhos. Antes, porém, da sondagem, existindo estagnação de liquido no sacco com ou sem ectasia, devemos proceder a limpeza e modificação da mucosa. A sondagem e lavagens antisepticas modificadoras da mucosa do sacco lacrymal serão facilitadas pela injecção de algumas gottas de *cocaina* e *adrenalina* no mesmo.

Feito o diagnostico respeitaremos o maximo possivel o ducto lacrymal, tentando primeiramente todos os meios de *tratamento conservativo* e no insuccesso destes, recorremos então ao processo radical de cura pela—EXTIRPAÇÃO DO SACCO LACRYMAL.

A. Vaz Porto

CAPITULO II

DA EXTIRPAÇÃO DO SACCO LACRYMAL

A extirpação do sacco lacrymal não é uma operação de data recente, já em 1724 era ella praticada por *Platner* e em 1862 foi recomeçada por *Magni* e *Gotti*; porém só em 1868 *Berlin* á trouxe em honra pelos seus trabalhos successivos.

Desde então a operação não foi mais abandonada; mas, emquanto na Allemanha e Vienna ella goza de um favor quasi geral, em França constitue um processo de cura menos generalisado.

A extirpação do sacco lacrymal convenientemente executada com reunião immediata da pelle, traz a cura em poucos dias, com uma pequena cicatriz quasi invisivel, muitas vezes difficilmente perceptivel. Parece-nos que, quando a destruição do sacco se impõe, é a extirpação que devemos recommendar, excepto no phlegmão agudo da região. Os outros processos de destruição, pelo cauterio actual segundo os processos antigos, ou pelos causticos chimicos comportam

um tratamento de longa duração, muito penoso, deixando cicatrizes apparentes e disformes. O catheterismo simples ou combinado com lavagens antisepticas modificadoras da mucosa, a electrolyse, a curettagem pelas vias naturaes, ou pela pelle, são sem duvida excellentes meios de tratamento; mas quantos insuccessos parciaes ou totaes?

Estes meios conservativos exigem da parte do paciente uma longa assiduidade, frequentemente incompativel com os seus trabalhos.

E não é só a lacrymação que desespera e incommoda o doente, e sim tambem aquella pequena gotta de mucus espesso, que se localisa no grande angulo do olho.

Este desespero ainda será maior, tratando-se de mulheres. Pela extirpação do sacco lacrymal a dacryorrhéa desapparece, bem como o catarrho angular do olho, podendo subsistir, porém nem sempre uma simples lacrymação, que não será maior após o catheterismo prolongado. ou a curettagem. O processo de cura pela extirpação tem vantagem sobre todos os outros processos conservativos, porque chega á cura radical e completa em poucos dias, com cicatriz pouco apparente. Este methodo é pouco generalisado e mesmo contraindicado por muitos oculistas, por certas difficuldades operatorias que surgem durante a intervenção, e por complicações que podem seguir-se. Este escólho será facilmente evitado com uma technica moderna e aperfeiçoada.

A extirpação do sacco lacrymal, após os estudos anatomo-pathologicos de *Cirincione, Tartuferi, Rochon—Duvigneaud, Basso* e muitos outros, tem se tornado uma

operação frequente na cirurgia oculistica ordinaria.

As recidivas, as infecções, que muitas vezes seguem-se á um grande numero de intervenções conservativas, obrigam-nos á recorrer á um processo mais rapido e satisfactorio.

O ideal que procura o cirurgião é em retirar totalmente a mucosa doente, de modo que não haja recidiva á temer e que os doentes se curem definitivamente de uma enfermidade incommoda e perigosa. Os individuos que não podem estar sob a vigilancia continua do oculista, e que d'outro lado estão expostos ás intemperies e á possibilidade de lesões oculares devem ser libertados do perigo continuo de uma grave infecção da cornea que uma vez formada, nem sempre podemos combatel-a, ainda mesmo que façamos o tratamento immediatamente.

De facto, os microorganismos que encontram melhores condições de desenvolvimento no sacco inflammado, quando existe stenose do canal nasal, são os mais perigosos para o globo ocular. *Axenfeld* demonstrou a existencia do streptococcus e o pneumococcus; *Smith* do staphylococcus, pneumobacillus, o diplobacillus de *Morax—Axenfeld* e o bacillus de *Koch-Weeks* confirmados tambem por *Griffth, Darier* e muitos outros.

Tambem impõe-se a extirpação do sacco lacrymal

com um fim prophylactico. A extirpação do sacco lacrymal tem não só vantagem sob o ponto de vista prophylactico em relação ao globo ocular, trazendo uma cura verdadeiramente radical, como tambem fornece peças pathologicas completas obtidas *in-vitam*, com as quaes podemos fazer o estudo verdadeiro das alterações anatomo-pathologicas. Ainda não podemos contrapôr a anatomia-pathologica do sacco lacrymal a factos clinicos, por ella se achar pouco conhecida. Só estão conhecidas as linhas geraes de saccos extirpados e vias lacrymaes de cadaveres.

Rochon-Duvigneaud, *Cirincione*, *Tartuferi* e *Schirmer* já traçaram uma via luminosa no estudo anatomo-pathologico dessas affecções das vias lacrymaes. A' extirpação *intra-vitam* tem a grande vantagem de fornecer peças frescas, nas quaes os estudos serão mais certos, do que nos saccos extirpados *post-mortem*. Vêmos portanto a grande importancia da extirpação de saccos doentes sob varios pontos de vista.

Muitas vezes para que a cura seja radical e completa mediante a extirpação, somos obrigados á recorrer á destruição da mucosa do canal nasal pela curettagem.

A infecção lacrymal é bem raramente limitada á este fundo de sacco só, provêm frequentemente das fossas nasaes, de modo que a mucosa do canal nestes casos está alterada do mesmo modo ou ás vezes mais profundamente, que o sacco. Deixando em contacto immediato á gotteira lacrymal despojada de seu sacco, uma mucosa nasal infectada, é expôr á uma recidiva em muitos casos.

Portanto a curettagem do canal nasal será um dos tempos da extirpação. Somos, porém, de opinião que,

quando as lesões inflammatorias têm sua origem nas fossas nasaes, compete ao *rhinologista* a primeira intervenção, combatendo assim a causa. Entre as objecções apresentadas á extirpação do sacco lacrymal, alguns oculistas dizem que pela obstrucção das vias lacrymaes haverá lacrymação persistente.

Esta objecção tem seu valor.

Entretanto está demonstrado pela experiencia clinica e a experimentação, que a lacrymação diminue quasi sempre após a intervenção da extirpação do sacco lacrymal.

Devemos tambem tomar em consideração o facto de que nos casos de exito favoravel com o tratamento conservativo, não se consegue mais um perfeito funccionamento do apparelho conductor das lagrymas, porque basta uma ninharia para alterar o seu delicadissimo mechanismo.

Ainda mais com este meio cirurgico da extirpação, obtemos em poucos dias o que não nos fornece o tratamento conservativo, isto é, a suppressão do processo inflammatorio c a garantia prophylactica da integridade do orgão visual.

A persistencia da lacrymação após a extirpação do sacco lacrymal tem dado occasião á muitas discussões e estudos experimentaes. Já as observações de *Manfredi* em casos de obliteração caustica do sacco lacrymal, provavam a diminuição e até a desapparição depois da cura. A razão deste facto era então attribuida erroneamente á uma via anormal de defluxo.

Segundo experiencias de *Tscherno-Schwartz* resulta que a mucosa do sacco teria uma acção qualquer sobre a glandula lacrymal, tanto que depois da extir-

pação do sacco, a glandula soffre um certo grâu de atrophia.

Schirmer tratou recentemente a questão de modo exhaustivo, concluindo que a lacrymação post-operatoria é menor quantitativamente, e menos importuna, e que se apresenta unicamente sob a acção dos estimulos que habitualmente excitam a secreção glandular lacrymal, como o ar frio, luz intensa, vento pulveroso, etc.

A epiphora que existe na inflammação das vias lacrymaes depende não sómente de um obstaculo ao defluxo das lagrymas, mas tambem de uma hypersecreção seja da glandula lacrymal, seja das glandulas accessorias da conjunctiva (Krause) e da conjunctiva propria que, segundo Greef pode ser considerada como uma glandula em cacho, que poderá ser sufficiente para lubrificar o globo ocular a após extirpação da glandula lacrymal.

Se estes estimulos inflammatorios são supprimidos, cessará a hypersecreção, e a lacrymação se reduzirá á quantidade normal de secreção.

A lacrymação, todavia, não diminue logo após á extirpação, nos primeiros dias, essa ás vezes augmenta extraordinariamente, *maxime* se existem inflammações da conjunctiva e da cornea, talvez por acções irritativas reflexas do campo operatorio, onde se produz um intenso trabalho neo-formativo que enche copiosamente a fossa lacrymal.

Depois de algumas semanas a lacrymação diminue gradativamente para passar ao estado de lacrymação residua, que pode cessar completamente, por periodos mais ou menos longos, em relação com as con-

dições athmosphericas. Existem differenças individuaes notaveis no gráu da lacrymação post-operatoria, dependentes do estado da conjunctiva, da cornea e do graú de actividade funccional lacrymal de cada individuo.

Segundo *Axenfeld*, *Meller*, *Fuchs*, *Basso* e muitos outros, a lacrymação que pode persistir não deve impedir a extirpação do sacco lacrymal. Se não existem estimulos inflammatorios após a extirpação, e a lacrymação continúa depois de alguns mezes da operação, a *glandula lacrymal inferior* deverá ser extirpada.

Se pela extirpação da glandula lacrymal inferior a epiphora ainda continúa, faremos tambem a extirpação da *glandula lacrymal orbitaria*.

Não devemos temer a seccura da conjunctiva ou da cornea, quer após a extirpação da glandula lacrymal inferior ou da glandula lacrymal inteira, porque a secreção glandular da conjunctiva normal será sufficiente para impedir isto. Em certos individuos a lacrymação post-operatoria diminue ou cessa completamente sem a extirpação da glandula lacrymal, como verificamos pessoalmente. E' bom portanto, esperar alguns mezes antes de emprehender a resecção da glandula lacrymal. Alguns auctores, entre elles *Mayweg* esperam muitos annos antes de praticar a sua remoção; outros porém fazem a extirpação da glandula lacrymal inferior conjunctamente com a do sacco lacrymal. Entre estes temos o *Dr. Fromaget* de Bordeaux que faz a operação da extirpação comprehendendo tres partes: 1º extirpação completa do sacco; 2º curettagem do canal nasal; 3º extirpação da glandula lacrymal

palpebral, á cujo conjuncto elle dá a denominação de —« LE COMPLET LACRYMAL. »

A grande divergencia que reina entre os oculistas é devida a multiplicidade de technicas operatorias.

Uns fazem a operação consistindo sómente na extirpação do sacco; outros fazem a extirpação da porção extra-ossea (sacco) e da porção infra-ossea (canal), como quer o *prof. Basso* á cuja operação dá elle o nome de— «*Extirpação in-totum do conducto naso-lacrymal*». Outros ainda fazem a extirpação do sacco acompanhada da *curettagem* do canal nasal.

Estamos de accôrdo com aquelles que seguem a extirpação do sacco com curettagem do canal nasal, porque esta operação chega ao *desideratum*— uma cura *per-primam* e radical.

As technicas operatorias differem segundo os auctores, umas requerem um grande arsenal operatorio, outras falam das difficuldades que surgem durante a intervenção e das consequencias post-operatorias.

Existe ao mesmo tempo um grande desaccôrdo sobre os *pontos de reparo* para ser feita a primeira incisão e para a dissecção completa do sacco lacrymal na sua loja.

Muitos oculistas, com o fim de facilitar o encontro e a dissecção do sacco, fazem o uso de injecções, pelas vias naturaes, de substancias solidificaveis á temperatura do corpo humano, como a *paraffina*.

Outros injectam substancias corantes, como o *azul de methyleno*, com o mesmo fim, isto é, limitar o sacco e facilitar a sua dissecção; outros ainda introduzem pelos canaliculos lacrymaes sondas lisas,

salientes, ou senão algodão hydrophylo embebido em uma solução antiseptica e expremido, que é introduzido no sacco depois de aberto.

Actualmente após a introducção da anesthesia e ischemia local basta o simples conhecimento anatomico da região, para encontrar o sacco lacrymal e praticar rapidamente a extirpação, sem sermos incommodado pela tão falada hemorrhagia nesta operação. Mediante a *anesthesia geral* esta hemorrhagia apparece desde o primeiro tempo da operação, impedindo á vista o campo operatorio.

Netes casos, compressão, *tamponnement*, torção e pinças hemostaticas foram tentadas sem resultado, com o fim de produzir a hemostase. Ao passo que pela *anesthesia* e *ischemia local cocainica-adrenalinica* faremos a operação exsangue e sem dôr.

Em favor da extirpação do sacco lacrymal temos não sómente as nossas observações pessoaes; como as de muitos oculistas e anatomo-pathologistas de valôr.

CAPITULO III

TECHNICA OPERATORIA DA EXTIRPAÇÃO DO SACCO LACRYMAL.

PRELIMINARES DA OPERAÇÃO.—Antes de entrarmos na descripção propriamente da technica operatoria, é necessario descrever o methodo de tornar a área operatoria *anesthesiada* e *anemica*.

Geralmente todas descripções desta operação falam da hemorrhagia extraordinariamente profusa, que occulta o campo operatorio de modo á difficultar mais a dissecção, do que ordinariamente. E' tambem geralmente commentado que a *cocaina* não produz a analgesia sufficiente, de modo que muitos operadores preferem remover o sacco lacrymal por meio da *anesthesia geral*. O emprego da *adrenalina*, entretanto, produziu uma completa e verdadeira revolução a este respeito, e hoje a operação póde ser feita quasi sem sangue e sem dôr.

São recommendadas as seguintes medidas preparatorias: Depois da anesthesia do sacco conjunctival por meio de algumas gottas de uma solução á 3% de

cocaina, o canaliculo lacrymal inferior é dilatado com uma sonda conica, e uma solução de cocaina a 1 % é injectada no sacco por meio de uma seringa lacrymal.

O paciente deve estar na seguinte posição: sentado, com a cabeça ligeiramente curva para a frente, o que impedirá que o fluido escoando pelo nariz chegue eventualmente á bocca. A's mais das vezes o fluido escapará atravez do canaliculo lacrymal, especialmente o superior.

Esta parte preliminar, não só anesthesia, como tambem clarêa e limpa o sacco lacrymal, o que é de uma grande vantagem, porque, apezar do sacco lacrymal mesmo, não ser ferido durante a operação, os canaliculos lacrymaes e o ducto naso-lacrymal são cortados, e a secreção ahi contida pode escapar-se e contaminar a ferida.

Em nossas operações a infecção da ferida em taes casos é rara e se isto acontece, é quasi sempre com caracter leve.

A technica da operação para anesthesiar o campo operatorio é a seguinte: O conteúdo de uma seringa de *Pravaz* de 1 c. c. de capacidade é quantidade sufficiente para a injecção. Esta solução é preparada da seguinte maneira: collocam-se na seringa 8 á 9 partes de uma solução de *cocaina* á 1 % e no restante da seringa, 1 á 2 partes de uma solução de *adrenalina* ou *suprarenina* na proporção de 1:1000.

Um terço do conteúdo da seringa é injectado debaixo da pelle, de modo que a agulha penetre ligeiramente *debaixo do ligamento tarsal*. Esta injecção produz uma ligeira tumefacção para deante da região

do sacco lacrymal, porém ligeiras massagens produzem o seu immediato desapparecimento.

Em seguida fazemos a agulha penetrar por *cima do ligamento tarsal*, comprimindo-a verticalmente sobre o osso.

A seringa é então voltada + 90° para deante, de modo que a agulha fique em direcção da orbita. Mantida assim nesta posição, a ponta da agulha é empurrada para deante, muito proxima do periosteo, e o segundo terço da solução é injectado, de modo a obter-se a anesthesia e anemia dos tecidos circumvizinhos do vertice do sacco lacrymal. Com o resto da solução, a região que fica immediatamente ao redor da entrada do conducto naso-lacrymal é anesthesiada.

A injecção é feita de uma maneira identica a que foi descripta anteriormente. A agulha é introduzida *debaixo do ligamento tarsal*, n'uma direcção vertical á crista lacrymal; a seringa é então voltada de tal maneira que a agulha fique parallela ao osso. Se a ponta da agulha entra no sacco lacrymal por si mesma, deve ser retirada um tanto para fóra e virada n'uma direcção ligeiramente differente.

Esta complicação é promptamente reconhecida, pelo escapamento do fluido pelos canaliculos lacrymaes.

Terminada a injecção a operação pode ter começo.

Na grande maioria dos casos a *hemorrhagia* é tão insignificante, que podemos remover camada por camada de tecidos, como na dissecção de cadaver. E' possivel fazer-se a extirpação do sacco lacrymal em alguns minutos sem nenhum auxiliar. Realmente só a incisão atravez da pelle poderá sangrar mais do que se espera, porque ás vezes a pelle contem veias

anormalmente grandes. As partes profundas são sempre absolutamente anemicas.

A quantidade de adrenalina mencionada de 1/10 á 2/10 c. c. é completamente sufficiente para a producção desta anemia. Nas operações por nós praticadas jamais notamos hemorrhagia secundaria ou necrose dos tecidos. A's vezes alguns dos pacientes queixam-se de uma sensação de oppressão e palpitações do coração, porém estes symptomas desapparecem logo. Em pacientes velhos com arteriosclerose avançada, não devemos injectar mais que 1/10 de c. c. de solução de adrenalina; esta quantidade será sufficiente. A instillação da adrenalina na ferida não é sufficiente.

Depois do sacco ter sido extirpado, devemos instillar algumas gottas de cocaina na ferida, antes de introduzir a sonda no nariz. Esta diffundir-se-ha por si mesma dentro do conducto ao longo da sonda, deste modo far-se-ha a curettagem com curetta aguda e quasi sem dôr.

TECHNICA OPERATORIA.

ANATOMIA.—Antes de começar a operação, achamos conveniente verificar a relativa posição do *ligamento palpebral interno*, e da *crista lacrymal anterior*. Collocando-se o dedo contra o canthus externo, e puxando levemente para fóra ambas as palpebras n'uma direcção horizontal, o *ligamento palpebral interno* é visto na parte interna do olho, como um cordão proeminente, ligeiramente circumscripto por debaixo da pelle. Este ligamento tem a forma de Y, com uma porção horizontal que toma origem no osso, ao passo

que os dous ramos do Y são a continuação das partes tarsaes das palpebras, que deste modo as prendem ao osso.

O sacco lacrymal está situado atraz do *tendo oculi* de tal maneira que, a *cupula* do sacco está no nivel da porção horizontal do tendão, emquanto o sacco propriamente dito dirige-se para baixo em todo seu comprimento.

CRISTA LACRYMAL ANTERIOR:—*A crista lacrymal anterior* é o *ponto de reparo* de maior importancia durante a operação.

Em individuos magros é, ás vezes, vista atravez da pelle; em todos os outros casos ella pode ser facilmente encontrada, fazendo-se o dedo resvalar ao longo do bordo orbital inferior para cima e para dentro. Em alguns casos ella é proeminente, formando um bordo agudo, e em outros um bordo plano, podendo então ser sentida melhor, resvalando-se a pinça fechada do lado do nariz para a parede interna da orbita. A's vezes é relativamente superficial, outras porém muito profunda.

O ponto em que a crista forma uma parte da margem ossea orbitaria inferior é sempre proeminente, sua metade superior entretanto é geralmente bem plana. Todas estas circumstancias são de importancia consideravel na operação.

Quanto mais superficial estiver a crista, mais facilmente será ella alcançada, e tambem mais facil será a extirpação do sacco; quanto mais profunda a crista, tanto mais difficil a operação.

Este methodo recommendado para a extirpação do

sacco lacrymal, tem sido experimentado eminente e e satisfactoriamente.

Requer da parte do operador um grande conhecimento da *anatomia topographica* desta região.

Ella será estudada nas differentes phases da operação.

Na dissecção das camadas, fazemos a *incisão* atravez da pelle, começando n'um ponto 2 mm. para cima e 3 mm. para dentro do ligamento do canthus interno.

A direcção desta incisão é para baixo, e na sua metade inferior ligeiramente curva para fóra, emquanto a metade superior deve ser perpendicular.

Se, por exemplo, a metade superior da incisão não fôr perpendicular, porém curva em direcção á palpebra superior, produzir-se-ha frequentemente uma cicatriz viciosa da pelle no angulo superior da incisão durante o processo da cura.

Quando se faz a incisão, seja dito de passagem, correspondente á posição da crista, não devemos puxar as palpebras para fóra com a idéa de distender a pelle. Isto impediria que a incisão fosse feita no ponto desejado.

E' sufficiente comprimir a parte superior e interna da pelle para traz, contra o osso, com o pollegar. Se usarmos uma faca cortante, leve pressão sobre a pelle indicará a direcção da incisão e então, para aprofundal-a mais facilmente, a pelle poderá ser distendida.

COMPRIMENTO DA INCISÃO.—A extensão da incisão não é de grande importancia. O principiante faz uma grande incisão de 1 cm. e 3/4 mais ou menos, porque

facilita a dissecção do sacco. Os mestres preferem uma curta incisão. Por aqui se vê que a incisão pode variar desde 1 cm. até 1 cm. e 3/4. Quanto mais affastada do canthus interno fôr feita a incisão, mais difficuldade sobrevirá á dissecção do sacco por causa do augmento de distancia.

Completada a incisão, os seus bordos são levantados e disseccados dos tecidos subjacentes com o bisturi virado contra o canthus, assim a ferida poderá ser facilmente aberta e o *afastador de Müller* introduzido sem difficuldade. Este instrumento é de grande vantagem, pois faz o papel de um *auxiliar* e, comprimindo os tecidos circumvizinhos, auxilia materialmente a hemostase.

Preferimos sempre este afastador, porque tem vantagem decidida sobre todos os outros instrumentos propostos com o fim de afastar os labios da ferida.

O afastador deve ser introduzido fechado e, para fazel-o, devemos levantar os bordos da ferida cuidadosamente com a pinça, de tal modo que o cabo fique dirigido para baixo, e ligeiramente para fóra.

Devemos recommendar ao paciente que conserve suas palpebras fechadas, emquanto durar toda a operação. E', naturalmente necessario, durante a introducção do instrumento, segurar com firmeza os ganchos dentro dos bordos da ferida, de modo que não haja nenhum traumatismo da cornea, produzido por um brusco escapamento delles. Até uma simples erosão pode tornar-se perigosa, devida a grande facilidade de infecção.

Depois de aberta a ferida com o auxilio do *afas-*

tador, se nos apresenta, uma *delicada, fina* e *branca membrana*—O FASCIA SUPERFICIALIS.

Frequentemente este é muito espessado na direcção da fenda palpebral por camadas de fibras de tecido connectivo, algumas das quaes estão unidas ao *ligamentum canthi* e irradiam-se delle. Ellas não devem ser confundidas com o verdadeiro ligamento do canthus, que pertence a uma camada mais profunda.

Em lugar do bisturi com o qual fizemos a principal incisão, empregaremos agora uma tesoura pequena, ligeiramente curva e bem ponteaguda, com a qual a operação será terminada.

Com a pinça dentada pegamos uma dobra do *fascia superficialis*, transfixamol-o com um dos ramos da tesoura, e com o bordo cortante desta, fendemol-o em todo o comprimento da ferida, e assim levamos as duas porções do fascia fendido para ambas as margens da ferida. Assim expomos á vista uma camada de fibras vermelhas—O MUSCULO ORBICULAR, *(porção palpebral)*, cujas fibras, como sabemos, se originam do ligamento palpebral interno.

Procedemos com o musculo da mesma maneira que com o *fascia superficialis*.

Cortado o musculo, as fibras serão levadas para ambos os lados com a tesoura fechada. Descobrimos á vista, na base da ferida que está sendo operada, uma *densa e branca membrana*—O FASCIA PROFUNDO, que cobre o sacco lacrymal. O fascia profundo se extende da crista lacrymal anterior á crista lacrymal posterior, fazendo *ponte* sobre a fossa ou loja que contem o sacco lacrymal. Em cima, em baixo e na

parte interna, o fascia continua com o *periosteum* dos ossos vizinhos, porém na crista lacrymal posterior elle reune-se com o *septum orbital,* completando assim a membrana que separa a fossa lacrymal da orbita. O ligamento canthal interno, como já dissemos, é formado especialmente pela porção mediana espessada deste fascia.

As fibras visiveis neste ponto podem tambem ser denominadas—*ramo anterior do ligamento.* Do ligamento irradiam-se feixes de fibras dentro do tarso da palpebra superior e inferior.

Em opposição á isto, a porção do fascia presa á crista lacrymal posterior é chamada—*ramo posterior do ligamento.*

Esta disposição, util por causa das differenças de inserções musculares, é comprehendida sem difficuldade quando fazemos uma secção horisontal do craneo, atravez da região do ligamento canthal.

Puxando-se para fóra as palpebras ha producção de uma dobra angular do fascia profundo, que limita um espaço triangular com a fossa lacrymal.

Sua base é formada pela propria fossa, seus ramos: anterior e posterior, pelas porções correspondentes do ligamento canthal interno. Neste *triangulo* será feita a secção do sacco lacrymal.

Nesta phase da operação o operador, não vê nem a crista, a não ser que ella seja anormalmente proeminente, nem a excavação lacrymal.

Para notar sua exacta posição, o operador deve procurar sentil-a ao redor, resvalando a pinça do lado do nariz contra a orbita.

A crista lacrymal anterior deve servir de *ponto de reparo* durante toda a operação.

Não dissecando muito proximo da linha mediana, evitaremos o erro de incisar o periosteo do dorso do nariz, em vez de libertar o sacco lacrymal; do outro lado evitaremos, ir em direcção errada, isto é, contra a orbita.

O fascia profundo deverá ser cortado agora com a tesoura pelo lado de fóra da crista lacrymal anterior e 1 á 2 mm. para traz della.

Isto não é facil, particularmente no cadaver, se desejamos não lesar o sacco.

Uma difficuldade é que nenhuma dobra do fascia póde ser apanhada para ser transfixada e cortada pela tesoura, porque o fascia é muito denso.

Por isto somos forçado a perfurar a camada com uma das pontas da tesoura, segurando o instrumento quasi parallelo ao plano do fascia.

E' preferivel fazer o córte atravez do fascia 1 ou 2 mm. atraz da crista, e não como preferem alguns oculistas directamente sobre a crista, facilitando assim a seguinte dissecção da parede lateral.

Como o sacco está situado proximo do fascia, sua parede anterior póde ser ferida, cortando-se muito bruscamente o fascia.

Isto é verdade particularmente no cadaver, quando o sacco não está alterado, e por isto as suas paredes são delgadas e tornam-se friaveis por começo de decomposição.

Alguns operadores preferem cortar o fascia em todo o comprimento da ferida com um faca estreita e ponteaguda *(faca linear de Graefe)*, segurando-a

obliquamente com a superficie cortante para a frente.

Sempre preferimos fazer este córte com tesoura.

O perigo de lesar o sacco lacrymal póde ser diminuido, isolando-se o fascia delle. Para isto tomamos o ligamento com a pinça e o puxamos para fóra e para frente. Ainda mais, sendo espessado no paciente, o perigo de feril-o é reduzido ao minimo.

Entretanto o operador deve sempre começar com uma curta incisão atravez do fascia, de modo que em caso do sacco ser lesado, esta lesão não será muito extensa.

Depois este corte atravez do fascia deve ser completado em toda sua extensão, cortando-se ao mesmo tempo o ligamento do *canthus* interno.

Na fenda assim produzida póde ser visto o sacco lacrymal, facilmente reconhecido pela sua coloração—*vermelha-azulada*, *(bluishred* dos inglezes).

Operando-se *in-vivo* é commum notar-se a parede anterior do sacco fazer hernia atravez do fascia aberto.

O resto da operação consiste em dissecar o sacco de sua gotteira ou loja lacrymal, fazendo-o cuidadosamente, afim de evitar a lesão do fascia e do proprio sacco.

Não existem vasos importantes nos tecidos soltos, unindo o sacco á capsula fascial, não haverá portanto hemorrhagia que perturbe a dissecção. Separamos primeiramente a parede lateral do sacco do fascia. Para este acto operatorio levantamos os labios da ferida fascial com uma pinça dentada, e separamos as delicadas fibras de tecido connectivo que unem o sacco com a parede lateral do fascia, começando pela metade inferior da ferida, e usando para isto o bordo da tesoura fechada.

Com alguns golpes de tesoura a parede lateral será separada para traz, para o lado do osso. E' sómente, quando chegarmos á parte superior, que surge uma difficuldade. Ahi vêmos um cordão azulado, indo á palpebra: porção commum dos canaliculos lacrymaes. Esta deve ser cortada directamente, tanto mais perto do fascia, quanto possivel, e não deve ser dissecada com a tesoura fechada, senão uma parte da membrana mucosa ficará presa ao fascia.

Logo em seguida a parede mediana do sacco será affrouxada.

Se a porção do fascia deixada atraz da crista, fôr estreita demais para libertal-a facilmente, uma incisão deverá ser feita nelle.

Facil é a separação da parede do sacco, da do osso, resvalando ao longo da metade plana superior da crista com a ponta da tesoura fechada.

No cadaver é muitas vezes possivel conservar o periosteo do osso lacrymal, porém *in-vivo*, quasi sempre as adhesões forçam a remoção do periosteo com a parede do sacco.

Por este motivo o osso é desnudado sobre a loja lacrymal, não devemos porém dar importancia á essa ferida.

Continuamos a proceder com a ponta da tesoura fechada sobre a crista lacrymal posterior.

Se a metade superior da porção mediana do sacco foi libertada, não o será difficil sua metade inferior de detraz da crista que se projecta proeminentemente, sem ferir o sacco.

Se, porém, a preparação de excisão foi começada

na porção profunda inferior da crista, o sacco será geralmente ferido.

Este é um erro frequentemente praticado por principiantes.

O sacco agora acha-se libertado de todos os lados, porém na parte superior ou *cupula* ainda está preso ás camadas circumvizinhas, emquanto na parte inferior ou *fundo de sacco* é continuação com a membrana mucosa do ducto. Pela primeira vez desde que a operação foi começada, podemos pegar o sacco inteiro com a pinça, sem receio de dilaceral-o, e dissecal-o fóra do fascia circumvizinho, com o qual sua *cupula* está intimamente unida, com cortes de ponta de tesoura, tão proximo da parede do sacco, quanto possivel.

Esta libertação da cupula é a parte difficultosa da operação.

Caso o sacco lacrymal não seja extirpado completamente, a suppuração continuará.

Nunca devemos cortar muito tecido com a cupula do sacco, porque neste caso poderá haver lesões de vasos importantes. Esta occurrencia commum produzirá consideravel hemorrhagia escondendo á vista o campo operatorio, principalmente na parte inferior. Apezar da maior precaução temos ás vezes profusa hemorrhagia. E' por este motivo que recommendamos não dissecar a cupula, sem que o sacco esteja completamente dissecado.

Se mesmo assim apparecer uma consideravel hemorrhagia, não será de grande inconveniente, visto o sacco inteiro estar seguro com a pinça nesta phase da operação. Logo que a porção superior estiver libertada, o sacco inteiro poderá ser puxado para a frente.

Se a sua superficie posterior ainda estiver presa ao osso por algumas fibras de tecido connectivo, alguns golpes de tesoura fechada será sufficiente para soltal-as.

A seguinte phase da operação consiste em dissecar o sacco mais para baixo, quanto fôr possivel. Para este acto operatorio mantemos seguro o sacco com a pinça no ponto mais baixo possivel.

Seguramos a tesoura verticalmente, de cima para baixo, proxima á parede do sacco, e com ella fazemos alguns córtes em frente, e em ambos os lados.

Estas incisões darão logo passagem para o começo do conducto naso-lacrymal.

Finalmente a tesoura mantida verticalmente, é introduzida para baixo dentro da porção ossea do conducto pela superficie anterior ou lateral, e desta maneira o sacco é cortado transversalmente.

Emquanto o auxiliar faz o *tamponnement* da ferida já desprovida do sacco lacrymal, o operador o põe numa sonda de *Bowman* para convencer-se de que suas paredes estão intactas, e que a sua extirpação foi completa.

Se a stenose presente é completa, o sacco terá a apparencia de um sacco fechado.

Quanto á membrana mucosa, esta será examinada, macroscopica e microscopicamente, depois que o sacco fôr cortado.

Se examinarmos agora a cavidade da ferida, exame este que nunca deverá ser omittido, veremos, como limite mediano, a crista lacrymal e a fossa lacrymal ossea desprovidas de seu periosteo e, como parede lateral, a densa, branca, lisa e brilhante membrana— o fascia profundo (ramo posterior do ligamento palpe-

bral interno), que separa completamente a ferida da orbita.

O sacco lacrymal não está situado propriamente dentro da cavidade orbitaria, porém fóra della.

Se durante a operação o cirurgião perde a calma e disseca contra a orbita, o septo de tecido connectivo é geralmente ferido e consideravel perturbação será produzida pela gordura orbitaria que se eleva no campo operatorio. Esta gordura impede uma bôa visão do campo operatorio, e retarda grandemente a operação pela hemorrhagia que resulta, quando ella é cortada. Finalmente devemos introduzir uma sonda de *Bowman* no conducto naso-lacrymal. Para ser encontrada a sua entrada collocamos o instrumento verticalmente contra o osso, immediatamente atraz da crista lacrymal anterior, e o empurramos para baixo. Se a passagem estiver fechada o instrumento precisa ser forçado atravez do tecido cicatricial. Em todos os casos esta passagem deve ser alargada com uma curetta aguda e toda membrana mucosa encontrada curettada. A curettagem da cavidade que continha o sacco não é necessaria, é até superflua, se o sacco foi extirpado completamente. O conducto naso-lacrymal deve ser aberto com a sonda e perfeitamente limpo com a curettagem, não só para prevenir qualquer secreção possivel de sua membrana mucosa, como tambem para fornecer drenagem á ferida. Antes de fechar a ferida com suturas, deve ella ser lavada com uma solução fraca de *sublimado corrosivo* e sob fraca pressão, tomando-se bem cuidado para que o fluido não penetre no conducto naso-lacrymal aberto, e atravez delle chegue á bocca do paciente.

As *suturas* merecem especial attenção. A pelle da circumvizinhança é fina, muitas vezes facilmente dilaceravel e geralmente enrolada nas margens da ferida.

Se os labios da ferida não são perfeitamente justapostos, a primeira intenção é impossivel, e a ferida relativamente larga encher-se-ha de granulação.

Isto produz não só um retardamento do processo em cura, mas tambem uma cicatriz maior e mais visivel; ao passo que a cicatriz de uma bem applicada sutura, e cura pôr primeira intenção é muitas vezes difficilmente perceptivel. Tres pontos de sutura são sufficientes, se a ferida é de comprimento commum; se ella é mais curta do que geralmente, talvez dous pontos sejam sufficientes.

Sêda fina é o melhor material para o caso. Ganchos pequenos, agudos e um tanto curvos são introduzidos nos angulos superior e inferior da ferida, sendo esta um tanto distendida; as agulhas contendo os fios são então passadas atravez dos bordos da ferida.

O auxiliar deve, neste momento, adaptar com duas pinças as margens, quasi sempre consideravelmente enroladas, de modo que bordo justaponha-se á bordo.

Elle então inclinará a pinça para um dos lados, dando lugar a que o operador, possa dar o nó facilmente.

Os nós não devem ser apertados demasiadamente, porém o necessario para manter a justaposição perfeita, visto que a sêda corta facilmente a pelle, que neste ponto é laceravel de modo particular. Os fios devem ser cortados curtos. Antes de applicar o penso, devemos verificar, se a superficie da cornea está intacta.

Já falamos do perigo de uma *erosão corneal* produzida accidentalmente.

A applicação do penso exige grande cuidado. O olho do lado correspondente á operação deve ser coberto primeiramente com uma pequena camada de gaze. Isto impedirá que os fios de outras partes do penso passando atravez da fenda palpebral, produzam erosão corneal.

A ferida é então coberta com uma camada de gaze iodoformada, rijamente enrolada, que é comprimida brandamente e com graduação crescente de força contra a ferida, de modo que a cavidade della fique completamente obliterada.

Uma segunda camada de gaze esterilisada é collocada por cima da gaze iodoformada. Isto produz uma compressão permanente. Todo o olho é então coberto com algumas camadas de gaze branca e todo o penso seguro com uma tira de empiastro adhesivo, que deve ser bem esticado. Finalmente a atadura é applicada. O outro olho deve conservar-se aberto. No dia seguinte o penso é removido com o fim de inspeccionar a cornea.

A camada compressiva não é, entretanto removida da ferida. Abrimos cuidadosamente o angulo externo da fenda palpebral com os dedos e se o caso progride satisfactoriamente o penso não será mudado até o terceiro dia. No quarto dia o penso é retirado, os pontos de sutura tambem e a ferida cura-se por 1ª intenção. Se os orificios dos pontos sangram ligeiramente, será sufficiente polvilhal-os com *xeroformio* ou fechal-os por um dia com emplastro adhesivo. Havendo porém collecção de sangue na cavidade da

ferida, o processo de cura será retardado. A causa deste accumulo de sangue, é quasi sempre a compressão incompleta da ferida.

Nesta complicação o paciente queixa-se de dôr durante um ou dous dias após a operação, e retirando-se o penso encontramos a ferida intumescida e a pelle vermelho-escura e molle ao tacto. Nestes casos o melhor tratamento consiste em retirar as suturas e abrir a ferida com uma sonda aguda, dando assim livre drenagem ao fluido accumulado. Fazemos um pequeno dreno de gaze iodoformada com um penso humido antiseptico. Apezar desta complicação a ferida encher-se-ha por granulação em poucos dias e cicatrizar-se-ha em pouco tempo. Será, ao contrario, cousa muito differente se a inflammação e collecção são devidas á particulas retidas da membrana mucosa do sacco, em outras palavras, se a extirpação foi incompleta.

Este processo operatorio por nós preferido e que acabamos de descrever em poucas palavras, pertence ao prof. *Meller*, privado docente da 2.ª clinica ophtalmologica universitaria do prof. *Fuchs* em *Vienna*.

Complicações.—A extirpação do sacco lacrymal é uma das mais difficeis operações de *ophtalmologia*. A difficuldade segundo alguns oculistas, é em encontrar o sacco. Naturalmente, se referem á casos em que o sacco não se distende de modo á tornar-se visivel, como um tumor atravez da pelle.

O *ponto de reparo*, durante toda a operação, será

sempre a crista lacrymal anterior. Assim o operador evitará ir de encontro ao periosteo do nariz e penetrar no tecido orbitario com o qual elle nunca deverá estar em contacto. A abertura da cavidade orbitaria por lesão do fascia limitante, tornar-se-ha perigosa ás vezes, porque pode terminar pela infecção da orbita, e formação de um abcesso orbitario, além da hernia produzida pela gordura atravez do campo operatorio, e hemorrhagia dos tecidos da orbita.

Muitos operadores penetram ás vezes na orbita, não porque tenham lesado o fascia limitante, mas porque não executam a operação, tendo por guia a crista lacrymal anterior; elles dissecam para traz, e penetram na gordura da orbita pelo lado externo do fascia, sem tel-o cortado.

Assim não encontrarão forçosamente o sacco lacrymal. Se durante a intervenção o sacco fôr lesado, nenhuma importancia devemos dar á este accidente, porém devemos, logo que descobrimos nosso erro, voltar a dissecar no lugar apropriado. A's vezes, abrindo-se o fascia profundo, abrimos tambem a parede anterior do sacco, e dissecamol-a, pensando ter o sacco inteiro entre as mãos.

O operador, sendo cuidadoso, notará logo o ferimento, e procurará dissecar pelo lado externo da parede do sacco.

Quanto mais limpa, fôr a dissecção do sacco, isto é, quanto mais proxima da parede do sacco fôr feita a dissecção, mais satisfactorio será o curso da operação. E' notavel com que ausencia de hemorrhagia e dòr podemos praticar a operação. O operador a quem falta sufficientes conhecimentos á respeito da posição do sac-

co e sua circumvizinhança, extirpa o com todos os tecidos que á elle se prendem, para ter assim a certeza de ter o sacco na porção excisada. Este será grandemente prejudicado pela hemorrhagia, e seu paciente soffrerá muita dôr.

Até o operador experimentado poderá falhar no extirpar o sacco de uma só vez, fazendo-a em muitas porções. Praticamente isto pode ser considerado um insuccesso, como as pequenas particulas de membrana mucosa deixadas, porque podem produzir a continuação da suppuração, ou ainda cousa mais desagradavel para o paciente, chegar á formação de uma fistula. A causa de um tal resultado pode ser uma hemorrhagia excepcionalmente profusa, impedindo accurada dissecção, ruptura do sacco durante a operação, ou finalmente a parcial destruição da parede anterior do sacco, tendo a dacryocystite produzido uma ruptura dentro do tecido circumvizinho, sem todavia chegar a perfuração da pelle. Geralmente encontra-se mais difficuldade na extirpação da parede lateral, do que a mediana, porque removendo-se a ultima, precisamos ficar sómente proximo ao osso. E' tambem um erro commum cortar o sacco a alguma distancia abaixo da cupula, esta deve ser removida com tesoura de bordos cortantes e agudos. A necessidade de inspeccionar a ferida cuidadosamente depois da extirpação do sacco, observar se o osso está são, ou não, é especialmente grande nos casos em que uma parte do sacco não foi extirpada. A curettagem é um processo um tanto cruel, é preferivel, se particulas foram deixadas, pensar a ferida com gaze *tannino-iodoformada*, e a seguinte operação adiada até que a sangria tenha cessada completamente.

A ferida então será aberta com o afastador e um cuidadoso exame será feito.

Na maioria dos casos não será difficil vêr as particulas retidas, as quaes devem ser apanhadas com a pinça e cuidadosamente separadas do fascia e osso subjacentes. E' sómente pela remoção de todo tecido mucoso restante que uma cura *per-primam* será esperada.

Se a ferida é suturada sobre particulas retidas, a primeira união será impedida, e em pouco tempo a ferida será distendida por secreção, ou então a suppuração persistente será o resultado inevitavel. No caso de suppuração a ferida deve ser frouxamente pensada com gaze *iodoformada* e lavada com solução fraca de *bichlorureto* de mercurio.

Curettar logo a ferida, é um erro, porque durante o periodo de granulação é impossivel reconhecerem-se todos os detalhes da ferida.

A membrana mucosa presa ao osso pode ser removida pelo operador, porém a da parede lateral, não tendo tecidos firmes debaixo della, escapará sempre ao instrumento agudo. O habil operador terá muitas occasiões de dissecar a parede lateral interna e a cupula do sacco lacrymal de pacientes já tratados sem successo por curettagens repetidas, e não encontrará difficuldades em effectuar uma cura rapida *per-primam*.

Em taes casos a preparação para a extirpação é mais difficil, do que nos casos cujos tecidos estão intactos. Até em taes casos deverá ser intenção do operador remover camada por camada, ao menos quanto possivel, nos tecidos cicatriciaes, do que seguir a pratica usual de cortar logo na primeira incisão todas as camadas de tecidos até á crista lacry-

mal anterior. A anemia da área operatoria produzida pela infiltração da *cocaina-adrenalina* no denso tecido cicatricial é de grande vantagem, porque permitte ao operador vêr claramente cada passo da operação.

A côr azulada da mucosa distinguir-se-ha facilmente da branca do tecido cicatricial e em muitos casos ella pode ser extirpada sem difficuldade. Logo após fazemos uma rigorosa inspecção da ferida para estarmos certos da extirpação completa; fechando-se em seguida a ferida com suturas como em uma operação de extirpação completa do sacco lacrymal. A difculdade da operação será maior, se existir uma fistula. Em taes casos devemos praticar uma longa incisão de 2 cm.para alcançarmos convenientemente a fossa lacrymal.

A fistula deve ser completamente excisada.

A incisão comprehenderá primeiramente a pelle, sendo depois aprofundada á crista lacrymal, depois que os bordos da ferida foram dissecados para cima e a ferida bem distendida com o *afastador lacrymal.*

A fossa lacrymal será limpada completamente, excisando-se todo tecido cicatricial exposto.

Muitas vezes o limite fascial lateral é encontrado, de modo que depois de completada a operação apresenta-se a configuração commum; isto é, o bordo mediano formado pelo osso com sua crista proeminente e ó bordo lateral pelo fascia.

Nestes casos tambem não aconselhamos a curetta, porém certificar-se pela inspecção que nenhuma particula da membrana foi deixada.

Suturamos então a ferida; muitas vezes porém a

sutura é, infelizmente, impossivel, se varios attaques de dacryocystite precederam a operação, determinando a dilaceração da pelle. O melhor meio é collocar um penso frouxo, favorecendo assim o rapido desenvolvimento de granulações para enchimento da cavidade. Em muitos destes casos a cicatriz torna-se notavelmente insignificante. E' commum resultar um ectropion da palpebra inferior, devido ao encolhimento da cicatriz, consequencia de máus tratamentos. Estes casos têm sido tratados com successo, elevando-se a palpebra e mantendo-a em posição normal por meio de suturas dirijidas obliquamente de fóra para dentro, e de baixo para cima dos bordos da ferida. Se existe grande dilatação do sacco lacrymal, actúando, como um tumor, empurrando a pelle para a frente, a operação não poderá ser praticada, como atraz mencionamos. Os tecidos que cobrem o sacco podem estar tão atrophiados, que immediatamente depois do corte da pelle a parede do sacco pode ser exposta.

Em relação ao resto, a operação não differe no minimo da extirpação de outros tumores nesta região.

Evitando-se a lesão do sacco, o successo da operação será facil. A operação da extirpação do sacco lacrymal torna-se ás vezes difficilmente radical, quando elle está attacado de *tuberculose*, especialmente nas creanças, ou syphilis, porque nestes casos a parede do sacco acha-se frequentemente destruida pela infiltração tuberculosa, ou syphilitica, que pode implicar o osso. O tecido e o osso doentes devem ser removidos, e a ferida pensada com gaze iodoformada, permittindo a cura por granulação. Nestes typos de molestias é

muito commum a recidiva, e geralmente acompanhada de fistula, ou em via de formação, necessitando novas intervenções.

Se existe uma dacryocystite aguda, não devemos fazer incisão alguma, salvo se uma perfuração parecer inevitavel No caso contrario faremos applicações de pensos antisepticos humidos, e esperamos pacientemente, até que a inflammação tenha desapparecido completamente. Esta desapparição dar-se-ha em algumas semanas, então faremos a extirpação do sacco para assim evitar recidiva da inflammação.

Segundo a maioria dos oculistas, a hemorrhagia é a regra durante a intervenção, porém isto pode ser completamente evitado pelo processo de anesthesia e ischemia, que já descrevemos.

OBSERVAÇÕES

OBS. I—A. P.—44 annos—branca—italiana.

Dacryocystite purulenta do O. E. datando de muitos annos, secreção abundantissima. Resistiu á todos meios de tratamento conservativo. Operada de extirpação do sacco lacrymal.

Leve hemorrhagia: Cura em 15 dias per-primam.

Cicatriz pouco visivel.

OBS. II—B. A.—58 annos—branca—italiana.

Phlegmão do sacco, com tecidos infiltrados. Operada de extirpação do sacco.

A ferida não se fechou per-primam, após a operação suppurou longamente, necessitando 2.ª intervenção.

Cura em 40 dias. ,Cicatriz pequena.

OBS. III—H. B.—71 annos—branca—brazileira.

Dacryocystite chronica. Fizemos a extirpação do sacco lacrymal. Cura em 18 dias. Cicatriz pequena.

OBS. IV—A. V.—33 annos—branco—turco. Dacryocystite do O. E. Fizemos a extirpação, a ferida suppurou; fizemos 2.ª intervenção, curando-se por 2.ª intenção em 35 dias.

OBS. V—A. A.—45 annos—branca—portugueza.
Ectasia do sacco lacrymal do O. D. Apresentava a molestia ha mais de 10 annos, resistindo aos meios conservativos. Extirpação completa do sacco, cujas paredes eram espessadas.
Cura per-primam em 8 dias.
Cicatriz difficilmente perceptivel.

OBS. VI—G. L.—40 annos—branca—italiana. Grande dilatação do sacco O. E. Curou-se per-primam em poucos dias após a extirpação do sacco. Cicatriz pequena.

OBS. VII—S. M.—42 annos—branco—portuguez.
Dacryocystite O. E. com grande suppuração. Extirpação de toda parede anterior do sacco e curettagem do resto. Cura por primeira intenção.

OBS. VIII—G. C.—48 annos—branca—italiana.
Dilatação do sacco lacrymal O. D. Extirpado quasi completamente, o resto foi curettado. Cura por primeira intenção.

OBS. IX—E. P.—30 annos—branca—italiana.
Extirpação do sacco lacrymal O. E. Cura por segunda intenção em 30 dias.

OBS. X—R. P.—30 annos—branca—italiana.
Extirpação do sacco lacrymal O. D. em pedaços. Cura por primeira intenção. Depois de um mez appareceu um phlegmão. A segunda intervenção foi feita, curando-se em 30 dias.

OBS. XI—P. L.—36 annos—branca—italiana.
Extirpação do sacco lacrymal O. D. Sahiu aos pedaços, fez-se a curettagem. Cura *per-primam*.

OBS. XII—D. F.—50 annos—branco. Ectasia do sacco lacrymal O. D. Extirpação quasi completa, curettagem do resto. Cura *per-primam*.

OBS. XIII—M. C.—Dilatação do sacco. Extirpação completa. Cura *per-primam.*

OBS. XIV—B. L.—48 annos—Campinas. Operada de extirpação do sacco lacrymal O. E. O sacco apresentava as paredes muito finas, devido á dacryocystite purulenta. Extirpação aos pedaços, curettagem.
Cura por segunda intenção em 30 dias.

OBS. XV—B. A.—italiano. Dacryocystite O. D. Extirpação quasi inteira, curettagem. Cura per-primam.

OBS. XVI—A. M.—15 annos—Fistula lacrymal O. E.
Extirpação em pedaços, curettagem, cura em 25 dias.

OBS. XVII—N. C.—21 annos. Phlegmão do sacco O. E.
Os tecidos não estavam sãos. Extirpou-se e curettou-se, e a cura se fez em 2 mezes por 2.ª intenção.

OBS. XVIII—G. M.—33 annos. Dilatação do sacco O. D. Extirpação incompleta, curettagem do resto. Cura *per-primam.*

OBS. XIX—G. P.—Fistula lacrymal O. D. Extirpação completa do sacco lacrymal e do trajecto fistuloso. Cura *per-primam.*

OBS. XX—Z. L.—Fistula lacrymal antiga O. E. Extirpação e cura *per-primam.*

OBS. XXI—S. M.—Dacryocystite purulenta do O. D. Extirpação, cura em 35 dias.

OBS. XXII—S. R.—Dacryocystite. Extirpação quasi completa. Cura *per-primam.*

OBS. XXIII—C. J.—25 annos. Dacryocystite com tumor lacrymal reductivel do O. D. Extirpação completa do sacco lacrymal. Cura *per-primam.* (Fig. II)

OBS. XXIV—M. S. S.—Extirpação do sacco. Cura por 1.ª intenção, mas após 30 dias apparece um phlegmão, necessitando 2.ª intervenção com curettagem, e a cura se fez em 25 dias.

OBS. XXV—J. M. G. C.—Dacryocystite com ectásia do sacco lacrymal O. D. Paredes espessadas. Extirpação completa, cura *per-primam.*

OBS. XXVI—A. de N.—52 annos—Extirpação do sacco O. D. Curettagem da parede posterior. Cura *per-primam.*

OBS. XXVII—M. C.—48 annos—branca—italiana. Dacryocystite com abundante purulencia. Extirpação incompleta. Phlegmão consecutivo, 2.ª intervenção, curettagem, cura em 35 dias.

OBS. XXVIII.—R. E.—Fistula lacrymal. Cura *per-primam* após extipação do sacco.

OBS. XXIX.—M. J.—60 annos—branca—brazileira. Sacco espessado. Extirpação completa e cura *per-primam.* (Fig. IV).

Estas extirpações foram feitas no *Hospital Ophtalmico do prof. Pignatari,* com quem tivemos occasião de extirpar saccos de diversas naturezas.

OBS. XXX.—M. A.—35 annos—italiana. Dacryocystite do O. D. Extirpação completa, ausencia de hemorrhagia e dôr. Cura *per-primam* em 6 dias. (Fig. III)

OBS. XXXI.—A. A.—branco—hespanhol.—Epiphora primitiva. Extirpação completa. Cura *per-primam.* (Fig. I)

OBS. XXXII.—J. A.—45 annos—allemão. Sacco lacrymal de paredes espessadas. Extirpação e cura *per-primam.*

OBS. XXXIII.—S. S.—15 annos—brazileiro.—Dacryocystite chronica. Extirpação completa. Cura em poucos dias por 1.ª intenção.

OBS. XXXIV—J. T.—40 annos— brazileiro—Epithelioma, parecendo ter origem no sacco lacrymal com propagação aos tecidos de entorno. Extirpação da pelle, sacco e periosteo do canal. Resultado optimo e cura *per-primam.*

Estas observações foram feitas no Hospital Samaritano, serviço clinico do *Dr. Edmundo de Carvalho,* fervoroso adepto do processo *Meller.*

Conclusões finaes: Destas estatisticas parece que o melhor resultado e o mais rapido, é alcançado quando se pode isolar bem e completamente o sacco até a parede posterior, fazendo-se assim a extirpação completa.

O isolamento do sacco parece melhor, quando suas paredes acham-se espessadas. O prof. *Pignatari* usa para o isolamento da parede posterior de uma rugina aguda e ligeiramente curva, construida especialmente para esse fim. Os casos em que o curativo se prolonga por muito tempo, não se obtem a cura por primeira intenção, e estão sujeitos á formação de phlegmão consecutivo. Estes phlegmões apparecem, quando se opera em saccos de paredes muito flacidas, e quando se opera muito proximo de um processo phlegmonoso da região do sacco, que infiltrou muito profundamente os tecidos vizinhos.

A maior parte destes casos observados data de muitos annos, soffrendo sem successo a applicação de todos os meios brandos conservativos. Sómente pela extirpação do sacco a cura tornou-se radical e com cicatrizes pouco visiveis.

* * *

Indicações para a extirpação do sacco lacrymal

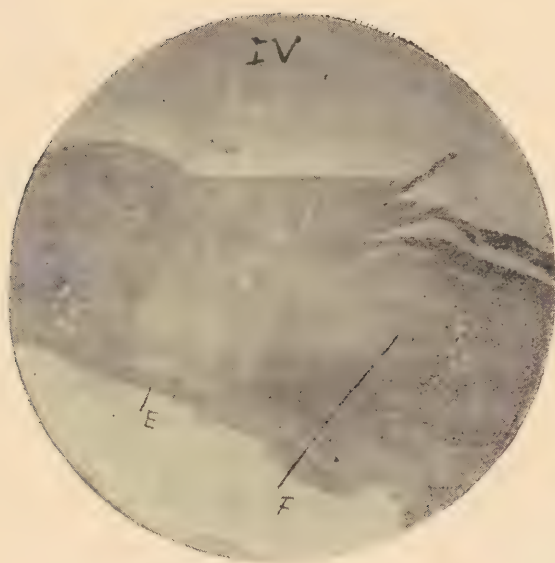
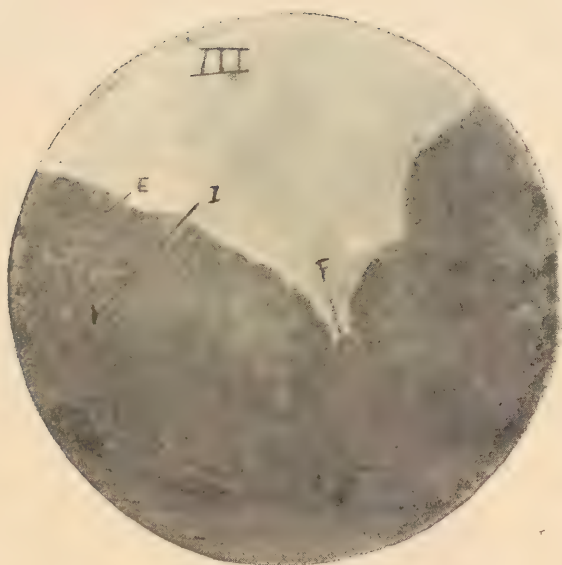
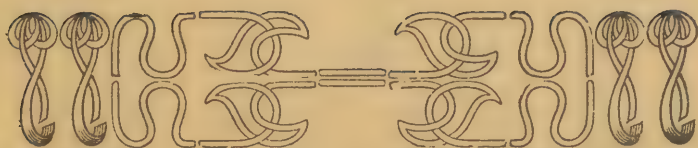
Esta operação é absolutamente indicada: 1º. Em todos os casos de blenorrhéa chronica do sacco lacrymal, os quaes produzem o espessamento de suas paredes, e eventualmente á sua dilatação e á total

obstrucção do conducto naso-lacrymal, ou á formação de fistulas. 2º—Quando uma operação deve ser praticada no olho do lado correspondente, taes como: *iridectomia*, extracção de uma *catarata*.

3º—Quando uma *infiltração purulenta* da cornea tem apparecido, *erosão infectuosa, ulcus serpens*, etc. A cauterisação de uma tal ulcera não traria o resultado desejado, porque a suppuração do sacco doente escorreria constantemente sobre a área desnudada, e pelos seus *microorganismos* produziria novas infecções.

4º—Em todos os casos vindos ao hospital, porque, em geral, os doentes não podem por diversos motivos se submetter á um longo tratamento com as sondas, o melhor meio para ser empregado, porém, sem resultado. A extirpação é particularmente recommendada, se o tratamento com as sondas foi previamente utilizado sem melhora substancial.

O resultado pela extirpação é muito satisfactorio. Em pouco tempo a cicatriz é difficilmente visivel; o catarrho frequentemente associado á blenorrhéa, desapparece logo e com ella tambem a lacrymação; a ultima provavelmente por uma influencia nervosa. Se o catarrho e a epiphora persistem, devemos fazer um exame cuidadoso do canaliculo, e se uma leve porção de excreção muco-purulenta pode ser expremida delle, é um signal que alguma particula da membrana mucosa do sacco foi deixada, isto é, que a extirpação foi incompleta. Se não existe suppuração e a lacrymação continúa por alguns mezes depois da operação, a glandula lacrymal inferior deve ser extirpada.

A. Vaz Porto

CAPITULO IV

ESTUDO MICROSCOPICO DO SACCO LACRYMAL

Dos saccos extirpados fizemos varios córtes microscopicos para estudarmos as suas alterações anatomo-pathologicas, que são variaveis conforme o typo clinico escolhido de dacryocystite. Na fig. I por exemplo, o corte representa um caso de epiphora primitiva. A fig. II uma dacryocystite com tumor lacrymal reductivel, com alterações muitissimo mais graves, do que a semiotica poderia suppôr.

A fig. III uma dacryocystite simples em estado pouco mais ou menos avançado. A fig IV um corte atravez da parede do sacco, mostrando alterações tambem adiantadas.

A porção vertical do conducto lacrymal tem sido dividida, ha muito tempo, por todos auctores, em sacco lacrymal, e conducto naso-lacrymal, apezar de ambos terem uma estructura anatomica quasi completamente egual, e sem estarem separados por um limite bem marcado.

O sacco normal apresenta tambem um conducto de 12 mm. mais ou menos de comprimento, como o conducto naso-lacrymal, cujo comprimento varia de 10 á 24 mm. e o diametro cerca de 15 mm. (Merkel). A unica differença importante é a circumvizinhança ossea. Emquanto o conducto é rodeado de ossos por todos os lados, faltam estes ao sacco no lado temporal, onde é sómente recoberto pela periorbita, e pela faixa palpebral interna.

A parede do sacco lacrymal compõe-se do *epithelio* com sua *membrana basal*, da *mucosa adenoide* e da *submucosa* de fibrillas mais grossas, atravessada por numerosos vasos. O *epithelio* (fig I, E) é, segundo a opinião de todos os auctores, um epithelio cylindrico de muitas camadas, e a maioria delles dálhe duas camadas. As preparações de *Halben* mostram-nos tambem duas camadas, das quaes a mais superficial compõe-se de cellulas cylindricas muito altas de 35 á 50 micras de altura, cujas extremidades basaes terminam em ponta de forma conica, de modo á formar espaço para a segunda camada cellular muito mais curta, a qual repousa sobre a membrana basal (fig I, E) sem estructura. Encontram-se cellulas caliciformes em pequeno numero entre os epithelios. Ainda não sabemos com certeza se as cellulas epitheliaes superficiaes trazem *cilios vibrateis*. Emquanto um grande numero de auctores têm a pretenção de havel-os visto, contestam outros formalmente a sua presença, apezar de terem feito seus exames em material conservado completamente fresco.

Schwalbe, Halben e *Hertel* não se convenceram da existencia delles.

Podemos concluir entretanto, que não é regra apresentar-se o epithelio vibratil. Talvez existam differenças individuaes, talvez se encontre, segundo *Walzberg*, sómente em algumas ilhotas interpostas, ou talvez sómente em certas phases determinadas da vida, principalmente na primeira infancia.

Parece certo que a parte vibratil é destruida muito depressa, até pelo mais leve catarrho, porque *Hertel* e *Joerss* nunca encontraram epithelio vibratil em seus numerosos exames em saccos pathologicos. Logo junto á membrana basal encontramos a *mucosa*, que se compõe de tecido conjunctivo reticular frouxo, no qual entram as rêdes fibrosas elasticas muito finas da submucosa, contendo interpostas numerosas cellulas *lymphoides*.

Este estado adenoide da mucosa já é conhecido ha muito tempo, e acha-se descripto do mesmo modo por todos os auctores.

Existem divergencias sómente sobre a importancia dos *folliculos* (fig. IV, F), reuniões circumscriptas de taes cellulas lymphoides na mucosa. Os primeiros auctores que encontraram taes folliculos, *Cirincione* e *Kalt* os explicaram, como sendo folliculos trachomatosos, e *Kuhnt* tambem é inclinado a diagnosticar um trachoma do sacco, sempre que se encontrar um grande numero de folliculos.

Hoje sabemos que são encontrados em maior quantidade em todo catarrho do sacco, e a sua presença no estado normal parece estar provada pelos exames de *Hertel*, auxiliado pelas pesquizas de *Tartuferi*.

Hertel examinou saccos normaes de differentes phases da vida, sobre o estado da mucosa, e encon-

trou então em um féto de 7 mezes, e em um recem-nascido numerosas porções de cellulas lymphoides, que eram um tanto mais unidas aqui e ali, sem entretanto formarem folliculos.

Em individuos de 20 annos de edade o numero de cellulas lymphoides augmenta consideravelmente, do mesmo modo o numero de agglomerações confluentes, porém sem constituirem folliculos circumscriptos. Estes folliculos encontram-se primeiro na edada de 40 annos, emquanto mostram-se maiores agglomerações de cellulas lymphoides em outros lugares da mucosa.

Nas primeiras dezenas da vida a quantidade de cellulas no tecido adenoide augmenta, e pode chegar á formação de folliculos em saccos, parecendo completamente normaes.

Affirmar-se que isto é normal, ou sómente na maioria dos casos, não podemos, porque para a solução desta questão não basta o numero de saccos examinados *por Hertel.*

As circumstancias aqui são analogas as da conjunctiva. São evidentemente irritações externas, e o contacto continuo da lacrymação que contem todas as misturas possiveis do sacco conjunctival, que facilitam a multiplicação e o agrupamento de cellulas lymphoides em agglomerações mais ou menos circumscriptas. Estes folliculos mostram amplas analogias com os folliculos trachomatosos. Como estes têm elles no centro ordinariamente um grupo de cellulas epithelioides maiores, rodeadas de cellulas redondas de coloração mais intensa. Todo o nódulo é envolvido por vasos que tambem penetram no seu interior.

A *submucosa* compõe-se de um denso tecido fibroso, que rodeia o sacco em ordem concentrica, contendo especialmente do lado osseo grande numero de arterias e veias. Segundo *Rochon-Duvigneaud* encontram-se tambem vasos lymphaticos em maior numero. Não existe envolucro musculoso. Notaveis são as grandes quantidades de *tecido elastico* ao redor do sacco, que são de maior importancia para a physiologia da excreção lacrymal.

Halben, á quem devemos a primeira descripção exacta á este respeito, encontrou em toda extensão da parede do sacco que está em contacto com o osso, as mais finas e mais curtas fibras; neste ponto existe tecido elastico em maior quantidade nas paredes dos vasos.

As paredes temporal e anterior do sacco, ambas livres, são muito ricas em tecido elastico. Fibras longas, onduladas e resistentes, cujos espaços estão quasi completamente cheios de finas fibrillas, entrecruzam-se em differentes direcções, sem mostrar uma ordem regular, como o envolucro elastico dos canaliculos.

A parede anterior do sacco na sua metade superior recebe um reforço muito importante da faixa palpebral interna, que compõe-se quasi exclusivamente de fibras elasticas muito resistentes.

A parte mais pobre em tecido elastico da parede anterior do sacco é a metade inferior. E' este o lugar que Arlt recommenda para a incisão do sacco, é tambem neste ponto que as ectasias apresentam-se com mais facilidade. A importancia physiologica deste tecido elastico ricamente desenvolvido em am-

bas as paredes livres do sacco, é facilmente reconhecida. Dá ao sacco a propriedade de voltar ao estado primitivo, quando distendido pela acção muscular.

Como as paredes nasal e posterior estão firmemente adherentes ao osso, e não podem mudar de lugar, apresentam ellas tambem menor quantidade de tecido elastico.

A parede livre, ao contrario, recebe ainda um reforço especial do *ligamentum canthi internum*, que, distendido entre as duas cristas lacrymaes em *ponte* sobre o sacco, pela sua contracção o comprimirá, auxiliando assim a propria elasticidade das paredes do sacco.

Um outro ponto importante e grandemente discutido é a presença de glandulas na mucosa do sacco.

Todos os auctores que ultimamente tem dirigido sua attenção para este problema, estão de accôrdo em que não existem glandulas mucosas no sacco. E' verdade que encontramos, especialmente em saccos catarrhaes, cavidades da mucosa cheias de cellulas caliciformes, que em córtes transversaes dão a impressão de glandulas tubulosas, e finalmente tambem secretam *mucus*, como faz toda mucosa do sacco porém não são verdadeiras glandulas mucosas. No conducto naso-lacrymal até a entrada do conducto nasal inferior ellas tambem não existem. Aqui no conducto nasal inferior ellas existem, bem como no resto da mucosa nasal, em grande numero, pois as mesmas já são sem duvida do nariz e não mais do ducto lacrymal. E' verdade, entretanto que existem casos raros, 8°/o segundo *Joerss*, onde encontramos

na submucosa pequenas massas glandulares do typo das glandulas serosas ou albuminosas, que pela sua estructura parecem-se muito com as glandulas de *Krause*. Ellas são encontradas principalmente no fundo de sacco.

Kuhnt, *Alt*, *Joerss* e *Halben* encontraram essas glandulas em alguns casos.

Entretanto sua presença é tão inconstante e rara que outros auctores, por exemplo *Hertel* nunca as viu apezar de seu rico material.

Damos agora uma rapida explicação dos quatro córtes microphotographados.

A fig. I representa um córte transversal de sacco extirpado em um caso de epiphora primitiva. Nesse córte observamos: um espaço claro representando a luz do canal, D um diverticulo, E o epithelio, I a infiltração. Pelo exame microscopico desse córte verificamos alterações mais graves na camada epithelial da entrada e circumvizinhanças do diverticulo, onde o epithelio e a membrana basal acham-se destruidos aqui e ali pela infiltração; emquanto no fundo do divertriculo encontramos ainda o epithelio com sua membrana basal intacto, com as cellulas cylindricas bem distinctas.

Verificamos que a infiltração invadia em certos pontos a submucosa e os vasos.

Na parte mais profunda da mucosa, finas estrias de tecido connectivo de neoformação pela sua coloração mais intensa e pela presença de fibroblastos.

A fig. II representa um córte de um caso de dacryocystite com tumor lacrymal reductivel.

Aqui as alterações são muito mais pronunciadas

que as do caso anterior. O epithelio (E) completamente destruido como a membrana basal. A infiltração (I) muitissimo diffusa nas camadas da parede do sacco.

Tecido de granulação rico em vasos. O canal nasal completamente obliterado e transformado em cordão scleroso compacto, dando á luz do sacco neste ponto a forma de fundo de sacco,—*cul-de-sac—dos francezes*, cyst—dos inglezes.

Fig. III —Dacryocystite simples. Epithelio (E) em parte cahido, e a membrana basal em certos pontos destruida.

Infiltração (I) mais, ou menos diffusa.

F—fundo de sacco.

Fig IV. Córte microscopico de um caso de dacryocystite simples.

Epithelio (E) e membrana basal cahidos em grande parte. Infiltração mais, ou menos diffusa. Agglomerações de cellulas redondas á modo de folliculo, (F).

Conclusão: O 1.º caso é uma forma incipiente, cuja origem escapava ao diagnostico.

Parece que todos casos assim começam com infiltração e edema das paredes, e a stenose diagnosticada puramente congestiva.

Os casos, quanto mais avançados, tanto mais adeantadas tambem são as alterações histo—pathologicas.

Proposições

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Designa-se sob o nome de coca as folhas do erythroxylum coca, familia das Erythroxyléas.

II

As folhas de coca têm um sabor amargo e ligeiramente adstringente, são coriaceas, delgadas e curtamente pecioladas.

III

Ellas são utilizadas em medicina, porque contem um alcaloide, a *cocaina* ou erythroxylina, anesthesico local de primeira ordem, muito empregado em ophtalmologia.

CHIMICA MEDICA.

I

O sulfato de zinco é um sal que tem por formula Zn. SO^4+7H^2O.

II

O sulfato de zinco é um corpo branco, crystalizado em prismas rhomboidaes, muito soluvel n'agua e insoluvel no alcool.

III

O sulfato de zinco tem propriedades adstringentes, e como tal muito empregado em ophtalmologia.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O sacco lacrymal apresenta tambem no estado normal um canal, de 12 mm. mais ou menos de comprimento, como o conducto naso-lacrymal, cujo comprimento varia de 10 á 24 mm.

II

A unica differença importante entre essas duas porções é a circumvizinhança ossea.

III

Emquanto o conducto é rodeado de ossos por todos os lados, faltam elles á porção temporal do sacco, que é revestido sómente pela periorbita, e faixa palpebral interna.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A região do sacco lacrymal compõe-se de cinco camadas superpostas.

II

Essas camadas são: 1ª—pelle muito delgada; 2ª—tecido cellular subcutaneo, adherente á pelle e ao tecido subjacente; 3ª—fascia superficialis; 4ª—musculo orbicular (porção palpebral); 5ª—fascia profundo.

III

O bom exito da operação de extirpação do sacco lacrymal depende do perfeito conhecimento anatomico desta região, e da cuidadosa dissecção destas camadas.

HISTOLOGIA

I

A parede do sacco lacrymal compõe-se do epithelio com sua membrana basal, da mucosa adenoide e da submucosa.

II

O epithelio é segundo a opinião de todos os auctores, um epithelio cylindrico.

III

Esse epithelio é constituido por duas camadas de cellulas cylindricas, segundo a maioria dos histologistas.

PHYSIOLOGIA

I

O tecido elastico ao redor do sacco lacrymal é de grande importancia para a physiologia da excreção lacrymal.

II

Esse tecido elastico é ricamente desenvolvido em ambas as paredes livres do sacco, pobremente porém nas partes, onde o sacco é preso ao osso.

III

Elle dá ao sacco a propriedade de voltar ao estado primitivo, quando influenciado pela acção muscular.

BACTEREOLOGIA

I

A flóra microbiana do sacco lacrymal é das mais pathogenas para a cornea.

II

O exame bacteriologico dos liquidos pathologicos do sacco lacrymal tem revelado a presença de varios microorganismos.

III

Dentre esses microorganismos os mais commummente encontrados em casos de dacryocystite chronica são: staphylococcus, streptococcus, pneumococcus e varios saprophytas.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

Collyrios são formas pharmaceuticas empregadas na medicação externa da mucosa ocular.

II

Os collyrios podem ser: seccos liquidos e gazosos.

III

Os collyrios mais geralmente empregados são os liquidos.

PATHOLOGIA MEDICA

I

As dacryocystites que acompanham frequentemente o lupus da face e das palpebras, nem sempre são de natureza tuberculosa.

II

A dacryocystite tuberculosa não é tão rara, como se crê geralmente.

III

Sómente o exame bactereologico da secreção nos revelará a verdadeira causa da affecção do sacco lacrymal.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

O exame histo-pathologico do epithelio do sacco lacrymal revela uma degenerescencia mucosa mais ou menos diffusa, transformando o protoplasma das cellulas em uma massa clara.

II

O epithelio pode apresentar ainda uma hyperplasía muito consideravel.

III

A infiltração leucocytaria no epithelio pode ser diffusa ou em focos e de tal modo abundante, que a estructura epithelial pode ser destruida completamente.

PATHOLOGIA CIRURGICA.

I

A cauterisação tem sido empregada no tratamento das affecções do sacco lacrymal.

II

Este methodo além de ser cruel, deixa cicatrizes viciosas e apparentes na pelle da face.

III

Os cauterios pela sua inefficacia e gravidade devem ser abandonados no tratamento das affecções do sacco lacrymal.

OPERAÇÕES E APPARELHOS.

I

A incisão da pelle para a extirpação do sacco lacrymal deve começar 2 mm. para cima e 3 mm. para dentro do ligamento do canthus interno. A direcção desta incisão deve ser para baixo, e na sua metade inferior ligeiramente curva para fóra, emquanto a metade superior deve ser perpendicular.

II

O afastador de Müller tem grande vantagem sobre todos os outros instrumentos propostos com o fim de afastar os labios da ferida, faz o papel de um auxiliar e auxilia materialmente a hemostase.

III

O ponto de reparo de maior importancia durante toda a operação deve ser a crista lacrymal anterior.

THERAPEUTICA.

I

A adrenalina é o mais poderoso dos hemostaticos e dos adstringentes.

II

A applicação de algumas gottas de uma solução de adrenalina, produz localmente uma vaso-constricção energica, e uma anemia profunda.

III

Na oculistica emprega-se a adrenalina para facilitar a ischemia em certas operações cirurgicas, associada a cocaina pode-se fazer essas intervenções sem sangue e sem dôr.

CLINICA PROPEDEUTICA.

I

Anamnese é a parte da exploração methodica do doente, tendo por fim dar ao medico a interpretação

adequada da affecção, isto é, sua etiologia e symptomas subjectivos.

II

Todo exame scientifico do paciente deve sempre começar pela anamnése.

III

A anamnése proxima e remota do paciente pode fornecer dados clinicos importantes sobre o sacco lacrymal e a pathogenese da affecção.

CLINICA CIRURGICA. (1ª cadeira)

I

Os traumatismos produzidos pela sondagem são facilimos e habituaes no sacco lacrymal.

II

Esses traumatismos podem produzir deformidade e estreitamentos do conducto naso-lacrymal.

III

Uma desepithelisação traumatica determina a transformação de uma simples infiltração em um processo hyperplastico e endurecido.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

O exame do fundo do olho por meio do ophtal-

moscopio é de importancia capital para o diagnostico das molestias nervosas.

II

O edema da papilla apresenta-se com uma constancia particular nos casos de tumores cerebraes.

III

Para se diagnosticar com certeza os tumores cerebraes é necessario saber manejar o ophtalmoscopio tanto mais, porque embora exista o edema da papilla, as perturbações visuaes podem faltar completamente.

CLINICA CIRURGICA (2ª cadeira)

I

Os falsos caminhos são habituaes pelo catheterismo.

II

Esses falsos caminhos em relação ao apparelho lacrymal excretor podem ser completos e incompletos.

III

A rhinorrhagia é um dos symptomas mais constantes, se o falso caminho chega no meato inferior.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis tem grande parte na etiologia das affecções do sacco lacrymal.

II

A syphilis hereditaria é uma das causas mais communs das affecções lacrymaes, nas creanças e nos adolescentes.

III

A syphilis adquirida parece ser uma das mais importantes causas dos estreitamentos lacrymaes nc adulto.

CLINICA PEDIATRICA

I

A conjunctivite blenorrhagica dos recem-nascidos é uma inflammação de natureza especial, apparecendo nos primeiros dias do nascimento.

II

O diagnostico deve sempre ser confirmado pela pesquiza do gonococcus.

III

Um dos melhores methodos de prophylaxia da ophtalmia gonococcica é o de *Crédé*, que consiste em instillar em cada olho uma ou duas gottas de nitrato de prata á 2°/₀ após o nascimento.

OBSTETRICIA

I

Muitas vezes o parteiro é obrigado a provocar o parto no decurso de uma gravidez por causa de uma

retinite albuminurica, para evitar uma cegueira completa provavel.

II

Elle se baseará sobre a intensidade e epoca da apparição das perturbações visuaes para tal intervenção.

III

Se as lesões são moderadas e apparecem nos dous ultimos mezes da gravidez é conveniente esperar a terminação natural da gravidez.

CLINICA MEDICA. (1ª cadeira).

I

O sentido da vista é de todos o mais communmente attingido na diphteria.

II

As perturbações visuaes devidas á uma paralysia passageira da musculatura extrinsica e intrinsica do olho, são communs nesta grande infecção.

III

Casos ha em que uma amblyopia da mesma natureza pode conduzir á completa cegueira.

HYGIENE

I

A hygiene tem por objecto estabelecer as regras á seguir para a escolha dos meios proprios para

entreter, e mesmo melhorar a acção normal dos orgãos.

II

A hygienè prophylactica é incontestavelmente de grande valôr em relação ao globo ocular.

III

Em casos de dacryocystites com regurgitamento de liquidos pathologicos pelos pontos lacrymaes o melhor meio prophylactico de evitar a infecção do globo ocular, principalmente a cornea, é pela extirpação do sacco lacrymal.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

A via de introducção de uma substancia toxica no organismo é de grande importancia, sob o ponto de vista medico-legal, nos casos de envenenamentos.

II

De todas as vias a que absorve mais facilmente as substancias toxicas é a mucosa.

III

O emprego de certos collyrios pode determinar um envenenamento, fazendo-se a absorpção pela conjunctiva ou mucosa do sacco lacrymal.

CLINICA MEDICA (2ª cadeira)

I

A atrophia simples ou primitiva do nervo optico, é um accidente frequente e precoce no tabes.

II

As perturbações pupillares que a precedem constituem o *signal d'Argyll-Robertson.*

III

Este phenomeno pode a principio ser excepcionalmente intermittente.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS.

I

As perturbações visuaes mais bem conhecidas e as mais apparentes, na paralysia geral, são as perturbações pupillares.

II

A paralysia geral se acompanha as mais das vezes do signal d'Argyll-Robertson, porém este signal está longe de ter na paralysia geral a constancia que tem no tabes.

III

Ao lado das perturbações pupillares, verifica-se

tambem ás vezes na paralysia geral ptosis, strabismo, diplopia, nystagmus e lesões do fundo do olho.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

De todas as manifestações da hepato-toxemia gravidica, a albuminuria é a mais frequente.

II

Essa albuminuria pode determinar perturbações oculares, indo até á cegueira completa.

III

A retinite nas mulheres gravidas tem, geralmente, como causa essa albuminuria.

BIBLIOGRAPHIA

J. MELLER—Excision of the lacrymal sac. 1909.

ROLLET—Technique opératoire de la extirpation du sac lacrymal à la rugine.
(Revue Générale d' Opht.) 1907.

MONESI—Osservazione di anatomia comparata sulle vie lagrimali. (Bulletino delle Scienze mediche). 1905.

GERARD—Sur les obstacles naturels capables de compliquer le cathétérisme des voies lacrymales. (Soc. d'Opht. de Paris.) 1906.

ADDARIO—Contributo alla chirurgia delle vie lagrimali. (Annali di Ottalmologia). 1907.

SHUWAY—Ocular infection due to disease of the conjunctiva and lacrymal passages. (Pensylvania med. journal) 1907.

CASALI—Il metodo Guaita nella cura della dacriocistite cronica. (Annali di Ottalmologia) 1907.

GELLÉ—Rôle des lésions nasales dans la pathogénic du larmoiement. (Arch. intern. de laryngol. et Annales des mal. de l'oreille) 1907.

KOSTER—Die Permanente Drainage der Thränenabflusswege. (Arch. für Opht.) 1907.

STEPHENSON—Affections of lacrymal apparatus (Lancet) 1907.

PARSONS—The treatment of lacrymal obstruction. (Brit. med. journal) 1907.

J. EVANS—The lacrymal sac in the economy of vision. (Brit. med. journ.) 1907.

OSOLIN—Ein Fall von Thränensackeiterung, geheilt durch interkurrentes Gesichterysipel. (Centralbl. f. prakt. Augenheilk.) 1907.

GEORGE (E. J)—Blenorrhœa of the lacrymal sac. (Homeopathic Eye, Ear and Throat. journ.) 1906.

GENDRON—L'ablation du sac lacrymal. Opht. provinciale) 1906.

SHIBA—Über die Ätiologie der Thränensackentzündungen bei Tuberculose der Umgebung und über Dacryocystites tuberculosa. (Kl. Monatsbl.)

DÜBLERS—Beitrag zur Thränensackextirpation. (Thèse de Fribourg en B.) 1905.

VAN LINT—De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites chroniques. (Soc. med. chirurg. de Brabant) 1906.

JOCQS—Quelques mots sur l'extirpation du sac lacrymal. (Soc. d' Opht. de Paris). 1906.

PIERRON—De l'Ectrolyse des voies lacrymales. (Thèse de Bordeaux). 1907.

O. SCHIRMER — Mikroskopische anatomie des Thränenschlauchs. (Handb. der Gesamten Augenheilk). 1909.

JOERSS—Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie des Thränenschlauchs. (Beiträge zur Augenheilk).

CIRINCIONE—Tracoma dei canalicoli lagrimali. (Ann. di Ottalm.)

TARTUFERI—Sul anatomia patologica delle dacriocistiti catarrali e purulente croniche e sul raschiamento del canale-naso-lagrimale. (Bull. dell. Sc. med. di Bologna.)

ROCHON-DUVIGNEAUD—Bemerkungen zur Anatomie und Pathologie der Thränenwege. (Opht. Klinik).

O. PARISOTTI—Istologia patologica dei sacco lagrimale.

G. OVIO—Dacriocistite. (Manuale di Oculistica).

G. PETELLA—Sull' estensione e sul valore clinico del metodo conservativo nella cura delle dacriocistiti. 1906.

D. BASSO—Le affezioni croniche delle vie lagrimali studiate mediante l'estirpazione del dotto lagrimale. 1905.

AXENFELD—Spezielle Baktereologie des Auges. 1903.

Die Prophylaxe der septischen Infektion des Auges. 1902.

GRIFFTH—The flora of the conjunctiva in healthan disease. 1903.

KUHNT—Über extirpation des Thränensackes. 1888.

TSCHERNO-Schwartz — Versiegen von Thränenflusses und Veränderung der Thränendrüse nach Thränensackextirpation.

ADDARIO—Il raschiamento della mucosa del sacco lagrimale fatto per la via dei condottini lagrimali preventivamente spaccati. (Ann. d'Opht.) 1889.

BASSO.—L'estirpazione del sacco e del canale lagrimale;

note preventive e osservazioni cliniche. (Ann. d'Ottalm). 1904.

CINISELLI.—L'elettrolisi e le sue applicazione terapeutiche. 1880.

CIRINCIONE.—Sulla patologia e terapia delle vie lagrimali. 1903.

DEL MONTE.—Manuale pratico di oftalmiatria.

DE WECKER.—Maladies des voies lacrymales.
(Traité complet d'Opht). 1889.

GORECKI.—De l'lectrolyse du canal nasal(Medecin praticien. 1874, 1876.)

GRANDCLÉMENT.—Possibilité de guerir toutes les affections des voies lacrymales sans operation, etc. 1900.

TOTI.—La dacriocistorinostomia come cura radicale conservatrice delle suppurazione croniche e delle fistole del sacco lagrimale.
Firenze. 1904.

STRAZZA.—Metodo endonasale per la cura operativa della dacriocistite 1903.

PASSOW.—Zur chirurgischen Behandlung der Verengerung des Thränennasencanals. (Münchener med. Wochenschr.) 1901

SCHMIDT—RIMPLER.—Die Behandlung der dacryocystoblenorrhaea mit Scarificationen des ganzen Thränenschlauches. 1880.

MONESI.— Ricerche sperimentali sulle vie lagrimali. 1906.

NEUSTÄTTER.—Die Durchspülung der Thränenwege von den Thränenpunkten aus, mittels aufsetzens der kanule auf letzere. 1899.

BORSCH.—The technique of extirpation of the lacrymal sac. (Bull. et Mem. de la Soc. Française d'Opht.) 1908.

WYLER.—Extirpation of the lacrymal sac: when and how? 1908.

LLEWELLYN WILLIAMSON.—
Excision of the lacrymal sac as a radical cure for chronic inflammatory processes thereof. (Jour. M. State Med). 1909.

ROLLET.—De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. (Lyon medical) 1897.

E. VALUDE.— Sur l'extirpation du sac lacrymal. (Annales d'Opht)1902.

A. TERSON.—Process pour la incision cutanée du sac lacrymal.
SALVA.— A propos de l'extirpation du sac lacrymal.
C. FROMAGET.—Cure radical des dacryocystites et des fistules lacrymales par le «*Complet lacrymal*» (Soc. fr. d'Opht). 1905.
E. SCIMEMI.—Processo per rendere facile e sicura l'asportazione del sacco lagrimale. 1907.
SMITH.— 100 cases of eye diseases with bactereological examination. 1905.
M. SCHIRMER. GREEF. MAYWEG.

ERRATA

NA PAGINA	ONDE SE LÊ	LEIA-SE
1	Circums-cripto	Circum-scripto
5	In-locum	In-loco
«	Cruenta da	Cruentada
«	Secicatrize	Se cicatrize
6	Contitue	Constitue
8	Estabeceu	Estabeleceu
9	Qualidadade	Qualidade
13	Syringa	Seringa
18	Non pus ultra	Non plus ultra
20	Cido	Acido
21	In-primo-locum	In-primo-loco
22	Syringa	Seringa
26	Obrigados	Obrigado
28	A após	Após a
38	Affastada	Afastada
38	Disseccados	Dissecados
41	Denso	Tenso
43	Affrouxada	Afrouxada
45	Será sufficiente	Serão sufficientes
51	Extirpa o	Extirpa-o
54	Dirijidas	Dirigidas
58	Extipação	Extirpação
62	Muitas camada	Muitas camadas
62	Micras	Micra
64	Edada	Edade
68	Oarte	Parte

O leitor benevolo relevará alguns erros que escaparam a revisão.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 22 de Outubro de 1910.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.